

O PAPEL DA PSIQUIATRIA NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES COM COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS

Gabriel Vitor de Sousa¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/2177542789679640>

Lilyan Moura Sousa Silva²;

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

<http://lattes.cnpq.br/5029641034821133>

Lívia Penha Albuquerque Pierre³;

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

<http://lattes.cnpq.br/6438897234085597>

Maria Clara Rocha⁴;

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

<http://lattes.cnpq.br/6349718943904900>

Pedro Cosme Nogueira⁵;

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

<http://lattes.cnpq.br/3382362955036193>

Angela Karynne Silva Barbosa⁶;

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

<http://lattes.cnpq.br/3827406350147127>

Bianka Amorim de Macedo⁷;

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

<http://lattes.cnpq.br/8721233004914000>

Maria Erika dos Santos Medeiros⁸;

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

<http://lattes.cnpq.br/1710712094515472>

Paulo Víctor de Lima Sousa⁹;

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

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

Felipe Santana Rodrigues¹⁰.

Médico psiquiatra, Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil Dr. Alexandre Nogueira, Teresina, Piauí.

RESUMO: Os transtornos alimentares (TA) são condições psiquiátricas complexas, multifatoriais e associadas a elevada morbimortalidade, caracterizadas por alterações persistentes no comportamento alimentar, na percepção da imagem corporal e na regulação emocional. Evidências científicas demonstram que a maioria dos indivíduos com TA apresenta ao menos uma comorbidade psiquiátrica ao longo da vida, especialmente transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), transtornos de personalidade e transtornos relacionados ao uso de substâncias. A interação entre essas condições ocorre de forma bidirecional, contribuindo para maior gravidade clínica, resistência terapêutica, maior risco de recaídas e aumento significativo do risco de suicídio e de complicações orgânicas decorrentes do comportamento alimentar disfuncional. Nesse contexto, a psiquiatria exerce papel central no cuidado desses pacientes, sendo responsável pela avaliação diagnóstica integrada, identificação de comorbidades, estratificação do risco clínico e suicidário, prescrição e monitoramento de psicofármacos e acompanhamento longitudinal. Além disso, o manejo terapêutico deve ocorrer de forma multiprofissional, articulando intervenções psicoterápicas, suporte nutricional e acompanhamento médico contínuo, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade, melhorar o prognóstico clínico e promover recuperação psicossocial sustentada. A identificação precoce dessas comorbidades e a implementação de estratégias terapêuticas individualizadas são fundamentais para aumentar a adesão ao tratamento, prevenir recaídas e favorecer melhores desfechos clínicos e funcionais em longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Psiquiatria. Transtornos Mentais. Alimentação Emocional.

THE ROLE OF PSYCHIATRY IN THE TREATMENT OF EATING DISORDERS WITH ASSOCIATED PSYCHIATRIC DISORDERS

ABSTRACT: Eating disorders (EDs) are complex, multifactorial psychiatric conditions associated with high morbidity and mortality, characterized by persistent alterations in eating behavior, body image perception, and emotional regulation. Scientific evidence shows that most individuals with EDs present at least one psychiatric comorbidity throughout life, especially depressive disorders, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder (OCD), personality disorders, and substance use disorders. The interaction between these conditions occurs bidirectionally, contributing to greater clinical severity, therapeutic resistance, higher relapse rates, and increased risk of suicide and medical complications resulting from dysfunctional eating behaviors. In this context, psychiatry plays a central

role in patient care, being responsible for integrated diagnostic assessment, identification of comorbidities, stratification of clinical and suicidal risk, prescription and monitoring of psychopharmacological treatment, and longitudinal follow-up. Furthermore, therapeutic management must be multidisciplinary, combining psychotherapeutic interventions, nutritional rehabilitation, and continuous medical follow-up to reduce morbidity and mortality, improve prognosis, and promote sustained psychosocial recovery. Early identification of psychiatric comorbidities and individualized therapeutic strategies are essential to improve treatment adherence, prevent relapses, and achieve better long-term clinical and functional outcomes. Comprehensive and coordinated psychiatric care is fundamental to address the biological, psychological, and social dimensions involved in the development and maintenance of eating disorders over time.

KEYWORDS: Psychiatry. Mental Disorders. Emotional Eating.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) constituem condições psiquiátricas complexas, multifatoriais e potencialmente fatais, caracterizadas por alterações persistentes no comportamento alimentar, na imagem corporal e na regulação emocional. Reconhecidos entre os transtornos mentais com maiores taxas de mortalidade, os TA apresentam desfechos clínicos graves tanto em decorrência de complicações médicas, quanto pelo elevado risco de suicídio, especialmente em quadros de anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) (Arcelus *et al.*, 2011; Smink *et al.*, 2012; Hambleton *et al.*, 2022).

A etiologia desses transtornos envolve uma complexa interação de vulnerabilidades genéticas, fatores neurobiológicos como disfunções nos sistemas de recompensa e de regulação do apetite, traços de personalidade, pressões socioculturais e experiências adversas na infância. Essa complexidade e gravidade impõem a necessidade de uma abordagem clínica especializada, na qual a psiquiatria ocupa papel essencial, não apenas no manejo agudo, mas também na articulação de estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e reabilitação psicossocial a longo prazo. (Fairburn, 2008; Treasure *et al.*, 2020).

A atuação do psiquiatra nos TA vai além da identificação do transtorno alimentar, envolvendo uma avaliação diagnóstica integrada. Essa abordagem inclui o reconhecimento de comorbidades psiquiátricas, a estratificação do risco clínico e suicidário, o manejo psicofarmacológico e o acompanhamento longitudinal do paciente (Fairburn, 2008; Treasure *et al.*, 2020). Além disso, o psiquiatra exerce papel central na coordenação da equipe multidisciplinar, articulando o cuidado com diferentes profissionais para garantir uma assistência coerente e individualizada (Fairburn, 2008; Treasure *et al.*, 2020).

A condução psiquiátrica adequada também envolve a monitorização de complicações orgânicas decorrentes do comportamento alimentar alterado, a adaptação contínua do plano terapêutico conforme a resposta do paciente e o suporte especializado tanto nas

fases agudas quanto na recuperação e prevenção de recaídas, considerando os aspectos neurobiológicos, psicológicos e sociais envolvidos nesses transtornos (Fairburn, 2008; Treasure *et al.*, 2020).

Evidências robustas indicam que a maioria dos indivíduos com TA apresenta ao menos uma comorbidade psiquiátrica ao longo da vida, com taxas entre 55% e 95%, dependendo do subtipo diagnóstico e da população estudada (Hudson *et al.*, 2007; Ulfvebrand *et al.*, 2015; Hambleton *et al.*, 2022). Entre as comorbidades mais frequentes destacam-se os transtornos de ansiedade, depressivos, obsessivo-compulsivo, de personalidade e relacionados ao uso de substâncias. Essas condições não apenas coexistem, mas interagem de forma dinâmica com os sintomas alimentares, influenciando negativamente o curso clínico, a gravidade dos sintomas e os desfechos terapêuticos (Blinder *et al.*, 2006; Godart *et al.*, 2007).

Nesse contexto, a abordagem psiquiátrica torna-se, assim, indispensável para o cuidado integral, seguro e eficaz desses indivíduos, especialmente nos casos de maior gravidade e cronicidade (APA, 2023; Treasure *et al.*, 2020). Com isso, cabe ao psiquiatra assegurar a implementação de tratamentos baseados em evidência, a modulação farmacológica precisa para sintomas-alvo e comorbidades, e a coordenação de um plano terapêutico dinâmico, ajustado às necessidades do paciente, com o objetivo de restaurar a saúde física e promover a recuperação psicológica duradoura.

Dessa forma, este capítulo tem como objetivo discutir o papel da psiquiatria nos TA associados a comorbidades psiquiátricas, abordando a avaliação diagnóstica, o manejo do risco clínico e suicidário, o tratamento farmacológico, o acompanhamento longitudinal e a atuação multiprofissional.

DEPRESSÃO MAIOR

Dentre as comorbidades associadas aos TA, a depressão pode anteceder o início do comportamento alimentar patológico, atuar como fator de manutenção do transtorno ou emergir como consequência das alterações neurobiológicas, nutricionais e psicossociais impostas pela doença. Essa relação bidirecional reforça o papel central da psiquiatria na avaliação diagnóstica, no manejo terapêutico e no monitoramento prognóstico desses pacientes (Hudson *et al.*, 2007; Treasure *et al.*, 2020).

Estudos neurofuncionais demonstram alterações sobrepostas em pacientes com TA e depressão, especialmente envolvendo o córtex pré-frontal ventromedial e o sistema límbico, regiões relacionadas à regulação emocional, à tomada de decisão e ao controle de impulsos (Mikami *et al.*, 2025). Tais disfunções favorecem padrões cognitivos rígidos, pensamento autodepreciativo e dificuldades na modulação afetiva, contribuindo para a perpetuação dos sintomas depressivos e dos comportamentos alimentares disfuncionais, como compulsão e purgação (Kaye *et al.*, 2019).

Do ponto de vista clínico, sintomas depressivos como humor deprimido, anedonia, desesperança, culpa persistente e baixa autoestima intensificam a distorção da imagem corporal e a insatisfação com o peso e a forma corporal. Esses fatores reforçam o ciclo psicopatológico dos TA, dificultando a adesão ao tratamento e a recuperação clínica (Fairburn, 2008). Dados de serviços especializados brasileiros indicam que cerca de 21,8% dos pacientes com TA apresentam depressão concomitante, especialmente indivíduos com anorexia nervosa nos subtipos restritivo e compulsivo-purgativo, reforçando a necessidade de avaliação psiquiátrica sistemática desde o início do acompanhamento (Teixeira *et al.*, 2022).

Em termos prognósticos, a presença de depressão maior associa-se a maior gravidade clínica, maior número de internações psiquiátricas, pior adesão ao tratamento, aumento significativo do risco de ideação e tentativa suicida (Arcelus *et al.*, 2011). Um estudo longitudinal conduzido por Pisetsky *et al.* (2020) demonstrou que sintomas depressivos elevados em pacientes com AN estavam associados a piores desfechos clínicos e maior mortalidade, reforçando a importância do acompanhamento psiquiátrico contínuo e da estratificação de risco suicida nesses pacientes.

Outro aspecto relevante diz respeito à associação entre depressão e alterações do sono em pacientes com TA (Degasperi *et al.*, 2024). Evidências nacionais apontam que indivíduos com AN e BN frequentemente apresentam níveis graves ou muito graves de depressão, correlacionados a pior qualidade do sono, maior estresse psicológico e prejuízo funcional significativo (Garbin *et al.*, 2023). Esses fatores contribuem para maior instabilidade emocional e intensificação dos sintomas alimentares, devendo ser considerados rotineiramente na avaliação psiquiátrica.

No manejo terapêutico, a farmacoterapia representa um eixo central da atuação da psiquiatria nos TA associados à depressão. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), especialmente a fluoxetina e a sertralina, apresentam evidência consistente de eficácia no tratamento da BN e do transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), promovendo redução dos sintomas depressivos e diminuição dos episódios de compulsão alimentar (Treasure *et al.*, 2020).

Entretanto, em pacientes com AN a resposta aos antidepressivos tende a ser limitada, especialmente em contextos de desnutrição grave. Esse fenômeno tem sido associado a alterações neurobiológicas decorrentes da restrição alimentar prolongada, como a redução da disponibilidade de triptofano e disfunções na neurotransmissão serotoninérgica, comprometendo a eficácia dos ISRS (Treasure *et al.*, 2020). Nesses casos, a atuação psiquiátrica deve priorizar a estabilização clínica e nutricional, com a farmacoterapia antidepressiva sendo introduzida de forma cautelosa e monitorada.

A avaliação psiquiátrica longitudinal é essencial para monitorar a resposta terapêutica, a adesão ao tratamento e a ocorrência de efeitos adversos, especialmente em pacientes com elevado risco suicida. Além disso, sintomas depressivos graves frequentemente

exigem ajustes terapêuticos ao longo do acompanhamento, reforçando a necessidade de seguimento psiquiátrico contínuo e integrado à equipe multiprofissional (Garbin *et al.*, 2023).

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

A associação entre ansiedade e TA é descrita na literatura, evidenciando uma relação proporcional entre a intensidade da ansiedade e a gravidade do transtorno alimentar. A prevalência de transtornos de ansiedade entre indivíduos com TA chega a 65%, com destaque para transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno de ansiedade social (TAS) e transtorno do pânico. A ansiedade antecipatória, definida como preocupação excessiva antecipada com o corpo, a alimentação e eventos sociais, é mediada por hiperatividade da amígdala e hipoatividade do córtex cingulado anterior (Hudson *et al.*, 2022).

O transtorno de ansiedade social, por sua vez, exacerba condutas de evitação alimentar em público, contribuindo para o isolamento social e comportamentos compensatórios realizados em segredo. Esses mecanismos favorecem o reforço negativo, no qual o alívio da ansiedade por meio da purgação ou do jejum reforça o comportamento patológico (Godart *et al.*, 2021).

As mulheres são as principais vítimas da associação entre transtornos de ansiedade e TA. A exposição constante a um padrão de beleza inalcançável gera uma pressão significativa, associando-se ao aumento de ansiedade. Assim, para amenizar esse sentimento, muitas passam a adotar comportamentos alimentares disfuncionais. (Candido *et al.*, 2023).

Outrossim, os TA também podem gerar ansiedade, que, somada aos maus hábitos alimentares, ocasiona uma piora da digestão e da microbiota intestinal, levando os pacientes a uma dieta de baixa qualidade nutricional. Esses danos digestivos podem afetar o funcionamento do sistema gastrointestinal, reduzindo sua funcionalidade (Candido *et al.*, 2023).

Portanto, diante dessa relação, é fundamental que os transtornos de ansiedade e os TA sejam tratados com igual nível de atenção. A abordagem psiquiátrica, nesses casos, envolve tanto estratégias psicoterapêuticas, como a terapia de exposição e a reestruturação cognitiva, quanto intervenções farmacológicas (Hudson *et al.*, 2022).

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

A associação entre TOC e TA, particularmente AN, é sustentada por evidências neurobiológicas. Ambas as condições envolvem disfunção do circuito cortico-estriado-tálamo-cortical, via neural relacionada à rigidez cognitiva, comportamentos ritualísticos e intolerância à incerteza (Kaye *et al.*, 2019). Os rituais alimentares em pacientes com AN, como contar mastigações, cortar alimentos simetricamente ou pesar refeições, muitas

vezes se confundem com sintomas obsessivos. (Brytek-Matera *et al.*, 2021).

O TOC pode estar associado aos TA devido às suas características de obsessão e compulsão. O perfeccionismo relacionado ao TOC manifesta-se de duas formas: a preocupação perfeccionista, marcada pelo medo de erros e autocrítica severa, e o esforço perfeccionista, caracterizado pela busca intensa por padrões elevados. Além disso, o perfeccionismo excessivo pode desencadear comportamentos de esquiva, nos quais o indivíduo evita situações que possam expor imperfeições ou contrariar padrões rígidos previamente estabelecidos (Fairburn, 2008).

Ademais, o TOC pode contribuir para o desenvolvimento de comportamentos de compulsão alimentar ao aumentar a ansiedade e a culpa associadas a erros. Nessas situações, a compulsão alimentar pode surgir como uma estratégia disfuncional de alívio emocional; entretanto, a culpa após esse comportamento, seja por autocrítica ou reprovação de terceiros, reforça um ciclo vicioso no qual a ansiedade desencadeia a compulsão alimentar, que, por sua vez, intensifica ainda mais a ansiedade e o sofrimento psíquico. Assim, o TOC, ao gerar sentimentos persistentes de angústia, pode favorecer o início e a manutenção desses comportamentos (Kowalewska *et al.*, 2024).

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Estima-se que cerca de 40–50% dos indivíduos com TA apresentem ao menos um transtorno de personalidade comórbido, condição associada a maior complexidade clínica, maior gravidade sintomática e piores desfechos prognósticos (Vervaeke *et al.*, 2023; Hambleton *et al.*, 2022). Evidências recentes sugerem que essa coexistência vai além de uma simples coincidência diagnóstica, refletindo interações entre padrões duradouros de funcionamento psíquico e a forma como os sintomas alimentares se estruturam e persistem ao longo do tempo (Gorrell *et al.*, 2025).

Nesse contexto, o transtorno de personalidade borderline apresenta forte associação com a BN e com quadros de compulsão alimentar. Esse padrão caracteriza-se por instabilidade afetiva, impulsividade, prejuízo na mentalização e elevada reatividade emocional, aspectos que impactam diretamente o comportamento alimentar (Fonagy *et al.*, 2022; Gorrell *et al.*, 2025). Meta-análises recentes mostram que indivíduos com esse transtorno apresentam prevalência significativamente maior de transtornos alimentares, especialmente BN e TCAP (Gorrell *et al.*, 2025).

Do ponto de vista psicopatológico, episódios de compulsão alimentar, frequentemente acompanhados de purgação ou comportamentos autolesivos, podem ser compreendidos como tentativas de regulação emocional diante da dificuldade em elaborar afetos intensos e ambivalentes (Fonagy *et al.*, 2022). Estudos recentes também indicam que impulsividade e instabilidade afetiva correlacionam-se diretamente com a frequência e a gravidade dos sintomas alimentares (Monteleone *et al.*, 2025).

Em contraste, o transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva (TPOC) associa-se com maior frequência à AN, especialmente aos subtipos restritivos. Esses pacientes apresentam perfeccionismo patológico, rigidez cognitiva e necessidade excessiva de controle, características que favorecem a manutenção da restrição alimentar e da distorção da imagem corporal. Evidências neurobiológicas apontam alterações em circuitos cortico-estriatais relacionados ao controle cognitivo e à rigidez comportamental, contribuindo para a resistência ao tratamento e para a natureza egossintônica dos sintomas na AN (Kaye *et al.*, 2019).

Investigações recentes indicam ainda que traços do Cluster C, incluindo o TPOC, podem estar presentes em outros TA, como o TCAP, reforçando o papel transdiagnóstico da personalidade na persistência do comportamento alimentar (Vervaeke *et al.*, 2023).

Diante desse cenário, a psiquiatria ocupa posição central na condução clínica desses quadros, envolvendo o diagnóstico diferencial, a avaliação do risco suicida, da impulsividade grave e das comorbidades afetivas frequentemente associadas (Wade *et al.*, 2023; Hambleton *et al.*, 2022).

A abordagem psiquiátrica permite o uso de estratégias farmacológicas adjuvantes, como estabilizadores de humor em quadros com labilidade afetiva e impulsividade, além do uso criterioso de antidepressivos para sintomas depressivos e ansiosos. Também orienta o encaminhamento para psicoterapias específicas, como a terapia baseada em mentalização, indicada para pacientes com traços borderline, e a terapia do esquema, voltada à flexibilização cognitiva e à modificação de padrões rígidos de personalidade, especialmente em casos de AN associada ao TPOC (Fonagy *et al.*, 2022; Monteleone *et al.*, 2025).

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Na prática clínica, a associação entre TA e abuso de substâncias exige rastreamento contínuo do consumo, já que álcool e outras substâncias podem assumir diferentes funções psicopatológicas ao longo do tratamento. O consumo pode surgir como estratégia de regulação emocional, tentativa de controle de peso ou substituição de comportamentos compulsivos durante o tratamento (Borges *et al.*, 2025). Em amostras clínicas brasileiras, o uso de substâncias, especialmente álcool, destaca-se como fator relevante devido à possibilidade de transferência de comportamentos compulsivos para o consumo de substâncias em fases avançadas do tratamento, reforçando a necessidade de investigação proativa (Borges *et al.*, 2025).

No contexto terapêutico, essa comorbidade costuma aumentar a instabilidade emocional e o risco de abandono do tratamento. Assim, a abordagem deve ser integrada, com objetivos claros e linguagem não moralizante, associando intervenções psicoterapêuticas, prevenção de recaídas e atuação multiprofissional (Santos, 2023). Evidências indicam que

hesitação, instabilidade e resistência podem favorecer a descontinuidade terapêutica.

No âmbito farmacológico, embora as evidências variem conforme o fenótipo, a literatura nacional destaca estratégias voltadas ao manejo da impulsividade, compulsão e sistemas de reforço. No TCAP associado à obesidade, são frequentes as referências ao uso de topiramato e da combinação bupropiona/naltrexona em contextos específicos, sempre com monitoramento de efeitos adversos, comorbidades e risco de uso indevido (Valladão *et al.*, 2025; Lima & colaboradores, 2023).

Revisões brasileiras recentes apontam essas opções como parte do arsenal terapêutico para TCAP/obesidade e ressaltam que o uso excessivo de substâncias psicoativas está relacionado ao surgimento e manutenção dos TA, especialmente da BN. Assim, o planejamento medicamentoso e a supervisão clínica tornam-se ainda mais importantes em casos de comorbidade com abuso de substâncias (Valladão *et al.*, 2025; Lima & colaboradores, 2023).

IMPACTO DAS COMORBIDADES E PAPEL DA PSIQUIATRIA

A coexistência de comorbidades psiquiátricas nos TA está associada a maior gravidade clínica, resistência ao tratamento, maior duração da doença, risco elevado de recaídas e comprometimento funcional global (Treasure *et al.*, 2020). Estudos longitudinais indicam que o tratamento dos TA é significativamente menos eficaz quando as condições psiquiátricas associadas não são adequadamente identificadas e manejadas (Fonagy *et al.*, 2022).

Além de influenciarem negativamente o prognóstico, essas comorbidades podem anteceder o surgimento do TA, coexistir com ele ou desenvolver-se como consequência de sua evolução clínica, o que reforça a necessidade de avaliação diagnóstica contínua e integrada (Treasure *et al.*, 2020). Evidências apontam que sintomas afetivos e ansiosos não tratados intensificam comportamentos alimentares desadaptativos, reduzem a adesão às intervenções nutricionais e psicoterápicas e aumentam o risco de complicações clínicas e hospitalizações recorrentes (Treasure *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a atuação do psiquiatra é essencial tanto no processo diagnóstico quanto no acompanhamento contínuo dos pacientes com TA. Além do manejo medicamentoso, que pode incluir antidepressivos, estabilizadores do humor e antipsicóticos em indicações específicas, o psiquiatra desempenha papel central na avaliação de risco, no monitoramento de efeitos adversos e na tomada de decisões em quadros de maior gravidade (Fonagy *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

A literatura científica evidencia que a elevada carga de comorbidades psiquiátricas nos TA não representa uma exceção, mas uma regra na prática clínica. A maioria dos pacientes apresenta ao menos um diagnóstico psiquiátrico adicional, principalmente transtornos de ansiedade, de humor e de personalidade. Essa coexistência impõe uma complexidade diagnóstica que exige do clínico um olhar além do comportamento alimentar isolado, já que essa associação é bidirecional e cumulativa.

Do ponto de vista terapêutico e prognóstico, as comorbidades psiquiátricas estão associadas a maior gravidade clínica, resistência ao tratamento, maior risco de recaídas e aumento da morbimortalidade. Assim, o manejo dos TA requer uma abordagem transdiagnóstica, contínua e multiprofissional, na qual a psiquiatria exerce papel central na avaliação diagnóstica, estratificação de riscos, manejo psicofarmacológico e coordenação do cuidado. A integração das comorbidades ao plano terapêutico é essencial para reduzir a cronicidade e favorecer uma recuperação sustentada, considerando o sofrimento psíquico em toda sua complexidade.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste capítulo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, acadêmica ou pessoal.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2023.

APPOLINARIO, J. C. Aspectos gerais da avaliação e tratamento dos transtornos alimentares. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1-15, jul. 2024. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/50>.

ARCELUS, J.; MITCHELL, A. J.; WALES, J.; NIELSEN, S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. **Archives of General Psychiatry**, Washington, v. 68, n. 7, p. 724–731, 2011.

BLINDER, B. J.; CUMMINGS, S.; BARON, M.; FOGELMAN, S. Psychiatric comorbidity in bulimia nervosa. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 163, n. 9, p. 1525–1531, 2006.

BORGES, J. A. S.; FERREIRA, M. C.; SILVA, R. A. Ansiedade, depressão e compulsão alimentar em candidatos à cirurgia bariátrica. **Revista Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 19, n. 1, p. 1-12, 2025.

BRYTEK-MATERA, A. *et al.* Ortorexia nervosa e transtornos alimentares: uma revisão

sistemática. **Frontiers in Psychology**, v. 12, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.675121>.

CANDIDO, A. J. P. S.; BRUM, H. C. C.; TOBIAS, K. M. S.; ROSA, L. S.. The influence of anxiety on eating disorders. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 10, p. e108121043497, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i10.43497.

DEGASPERI, Giorgia *et al.* Sleep quality in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. **Sleep Medicine Reviews**, v. 77, p. 101969, 2024.

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

FONAGY, P. *et al.* Transtorno de personalidade borderline e transtornos alimentares: uma revisão integrativa. **Personality and Mental Health**, v. 16, n. 3, p. 187-201, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1002/pmh.1556>.

GARBIN, C. A. S., *et al.* Depressão, Ansiedade, Estresse E Qualidade do Sono em Pacientes com Transtornos Alimentares. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v. 12, n. 1, p. 92-97, 2023. DOI: <http://doi.org/10.21270/archi.v12i1.5822>.

GODART, N. T.; FLAMENT, M. F.; PERDEREAU, F.; JEAMMET, P. Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. **International Journal of Eating Disorders**, New York, v. 40, n. 1, p. 1–15, 2007.

GORRELL, S.; MURPHY, R.; MURRAY, S. B.; HAY, P. Prevalence of eating disorders in people with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology & Psychotherapy**, Hoboken, 2025.

GREGOROWSKI, C.; SEEDAT, S. Addressing comorbid eating disorders and substance use disorders: a review. **Current Psychiatry Reports**, New York, v. 15, n. 2, p. 1–9, 2013.

GRILO, C. M. *et al.* Transtorno de compulsão alimentar periódica e tratamento com topiramato e naltrexona: um ensaio clínico randomizado. **JAMA Psychiatry**, v. 77, n. 3, p. 278–287, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4567>.

HAMBLETON, A. *et al.* Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. **Journal of Eating Disorders**, London, v. 10, n. 132, p. 1–23, 2022.

HIMMERICH, H. *et al.* Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. **Journal of Personalized Medicine**, [s. l.], v. 12, n. 9, p. 1441, set. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36064606/>.

HUDSON, J. I. *et al.* Comorbidade de ansiedade social e transtornos alimentares em uma amostra nacional. **Psychological Medicine**, v. 52, p. 10-18, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291721002390>.

HUDSON, J. I. *et al.* The prevalence and correlates of eating disorders in the National

Comorbidity Survey Replication. **Biological Psychiatry**, New York, v. 61, n. 3, p. 348–358, 2007.

KAYE, W. H. *et al.* Neuroimagem nos transtornos alimentares. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 20, p. 499–511, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41583-019-0183-9>.

KAYE, W. H.; STROBER, M.; STEINER, H. Persistent eating disorders: neurobiology and treatment. **Psychiatric Clinics of North America**, Philadelphia, v. 27, n. 1, p. 19–37, 2004.

KOWALEWSKA, Ewelina *et al.* Comorbidity of binge eating disorder and other psychiatric disorders: a systematic review. **BMC Psychiatry**, 2024. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-024-05943-5>.

LIMA, A. A. S.; SOUZA, L. C.; OLIVEIRA, R. M. Fatores de risco associados aos transtornos alimentares: uma revisão integrativa. **Revista Esfera Acadêmica Saúde**, Vitória, v. 8, n. 1, p. 45-58, 2023.

MIKAMI, B. *et al.* Examinando comorbidades psiquiátricas e vínculos demográficos na população grávida do Havaí. **ScholarSpace**, University of Hawaii, 2025. Disponível em: <https://scholarspace.manoa.hawaii.edu/items/6711d1f6-b3cb-4ce6-b422-e878a373dc9b>.

MONTELEONE, P.; CASIELLO, M.; CASIELLO, M.; MAJ, M. Examining the facets of borderline personality disorder in relation to dimensions of eating disorders. **Current Psychology**, Nova Iorque, 2025.

MUKHERJEE, D. *et al.* Adverse outcomes in patients with a diagnosis of an eating disorder: primary care cohort study with linked secondary care and mortality records. **The Lancet Psychiatry**, [s. l.], v. 11, n. 11, p. 888-898, nov. 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12636977/>.

NAZAR, B. P. *et al.* Comorbid eating disorders in a clinical sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 613-617, nov./dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/V9yWXMNQRzv44YtbGKvpHmk/>.

PALLISTER, E.; WALLER, G. Anxiety in the eating disorders: understanding the overlap. **Clinical Psychology Review**, Oxford, v. 28, n. 3, p. 366–386, 2008.

PISETSKY, E. M. *et al.* Suicídio na anorexia nervosa. **Journal of Psychiatric Research**, v. 121, p. 67–73, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.11.007>.

SANTOS, J. V. M. *et al.* Comorbidades psiquiátricas e transtornos alimentares. **JRG Journal of Academic Studies**, [s. l.], v. 6, n. 12, p. 301-315, 2023. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/498>.

SANTOS, M. A.; SILVA, M. R.; TURATO, E. R. Psicoterapia psicanalítica de grupo no cuidado de pacientes com transtornos alimentares. **Revista da Associação Brasileira de Psicoterapia**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 87-102, 2023.

- SMINK, F. R. E.; VAN HOEKEN, D.; HOEK, H. W. Prevalence and incidence of eating disorders in DSM-IV. **Current Psychiatry Reports**, New York, v. 14, n. 4, p. 406–414, 2012.
- TEIXEIRA, A. P. A., *et al.* Transtorno de personalidade e depressão associados aos transtornos alimentares. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 16, n. 101, p. 282-292, 2022. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1989/1260>.
- TREASURE, J.; DUARTE, T. A.; SCHMIDT, U. Transtornos alimentares. **The Lancet**, v. 395, p. 899–911, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3).
- TREASURE, J.; DUCKWORTH, M.; SCHMIDT, U. Severe and enduring eating disorders: management and treatment. **World Psychiatry**, Hoboken, v. 19, n. 3, p. 346–356, 2020.
- UDO, T.; GRILO, C. M. Comorbidade psiquiátrica no transtorno de compulsão alimentar periódica: uma revisão sistemática. **Journal of Psychiatric Research**, v. 139, p. 166–172, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.05.004>.
- ULFVAGE, S. *et al.* Comorbidity between eating disorders and psychiatric disorders: a nationwide study. **The World Journal of Biological Psychiatry**, [s. l.], v. 23, n. 8, p. 611-620, out. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35084057/>.
- ULFVEBRAND, S. *et al.* Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders: results from a large clinical database. **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 230, n. 2, p. 294–299, 2015.
- VALLADÃO, L. L.; CARVALHO, F. R.; ALMEIDA, C. B. Transtorno de compulsão alimentar associado à obesidade: aspectos clínicos e terapêuticos. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 13456-13468, 2025
- VERVAET, M.; DREWS, N.; ROUX, H.; VANDEVEEN, G. Prevalence of personality disorders in adults with binge eating disorder: a systematic review and Bayesian meta-analysis. **Obesity Reviews**, Oxford, v. 24, e13678, 2023.
- WADE, T. D. *et al.* Managing the common problem of co-occurring mental health conditions in eating disorders: a systematic framework for treatment decisions. **World Psychiatry**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 248-259, jun. 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11626858/>.
- WONDERLICH, S. A.; MITCHELL, J. E.; CROSBY, R. D.; MYERS, T. C. Personality and eating disorders. **Current Psychiatry Reports**, New York, v. 11, n. 6, p. 453–459, 2009.