

TRANSTORNOS ALIMENTARES: Compreendendo a Complexidade e Importância da Abordagem Multiprofissional

Organizadores:

Regina Márcia Soares Cavalcante

Paulo Vítor de Lima Sousa

Maria Rita Elias Melo

Pedro Cicero de Sousa



Volume 1

TRANSTORNOS ALIMENTARES: Compreendendo a Complexidade e Importância da Abordagem Multiprofissional

Organizadores:

Regina Márcia Soares Cavalcante

Paulo Vítor de Lima Sousa

Maria Rita Elias Melo

Pedro Cicero de Sousa



Volume 1

Editora Omnis Scientia

**TRANSTORNOS ALIMENTARES: COMPREENDENDO A COMPLEXIDADE E
IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL**

Volume 1

1ª Edição

RECIFE - PE

2026

Editor-Chefe

Dr. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Regina Márcia Soares Cavalcante

Paulo Vítor de Lima Sousa

Maria Rita Elias Melo

Pedro Cicero de Sousa

Conselho Editorial

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho – ESS-UTAD – Portugal

Dr. Cássio Brancalone – UFFS – Brasil

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva – UEPa – Brasil

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão – UPE – Brasil

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior – UFRPE – Brasil

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior – UFRPE – Brasil

Dr. Wendel José Teles Pontes – UFPE – Brasil

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Canva

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial

T772

Transtornos alimentares : compreendendo a complexidade e importância da abordagem multiprofissional : volume 1 [recurso eletrônico] / organizadores Regina Márcia Soares Cavalcante ... [et al.]. — 1. ed. — Recife : Omnis Scientia, 2026.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-284-0514-5

DOI: 10.47094/978-65-284-0514-5

1. Distúrbios alimentares - Aspectos psicológicos.
2. Distúrbios alimentares - Diagnóstico e tratamento.
3. Distúrbios alimentares - Dietoterapia. I. Cavalcante, Regina Márcia Soares. II. Lima, Paulo Víctor de. III. Melo, Maria Rita Elias. IV. Sousa, Pedro Cícero de.

CDD23: 616.8526

I-3107262/1

Bibliotecária: Priscila Pena Machado – CRB-7/6971

Editora Omnis Scientia

Av. República do Líbano, nº 251, Sala 2205, Torre A,
Bairro Pina, CEP 51.110-160, Recife-PE.

Telefone: +55 87 99920-5762

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

Os tempos modernos são caracterizados por uma intensa aceleração do ritmo de vida, valorização excessiva da produtividade e hiperconectividade e estão frequentemente associados a importantes impactos na saúde física e mental dos indivíduos. Nesse contexto os transtornos alimentares configuram-se como um dos mais desafiadores problemas de saúde, não apenas pela sua complexidade clínica, mas também por sua crescente relevância epidemiológica, além de constituir um importante ônus no sistema público de saúde. Anorexia nervosa, bulimia, transtorno da compulsão alimentar periódica e outras condições relacionadas ultrapassam a dimensão individual, revelando-se como importantes agravos no contexto da saúde pública mundial.

Estes transtornos acometem indivíduos em muitas faixas etárias, destacando-se que nas últimas décadas, observou-se um aumento significativo na prevalência destas doenças, especialmente com maior incidência entre adolescentes e adultos jovens. Mudanças socioculturais, pressões estéticas, avanços tecnológicos e a intensa exposição a padrões corporais idealizados têm contribuído para a ampliação desse cenário, tornando os transtornos alimentares um fenômeno multifatorial e de abrangência global. No Brasil, esse panorama acompanha tendências internacionais, com subdiagnóstico frequente e dificuldades no acesso a terapêutica adequada, especialmente em populações mais vulneráveis.

Do ponto de vista epidemiológico, os transtornos alimentares apresentam elevada morbidade e uma das maiores taxas de mortalidade dentre os transtornos psiquiátricos. Além disso, implica em importantes repercussões físicas, psicológicas e sociais, impactando diretamente a qualidade de vida dos indivíduos e gerando custos expressivos para os sistemas de saúde. Adicionado a isso, a associação com outras comorbidades, como depressão, ansiedade e doenças metabólicas, reforça a necessidade de abordagens integradas e interdisciplinares.

Nessa perspectiva, esta obra surge como uma contribuição essencial para a compreensão aprofundada dos transtornos alimentares, com ênfase em sua dimensão epidemiológica e em sua relevância para a saúde pública. Ao reunir evidências científicas atualizadas e reflexões críticas, o livro busca não apenas ampliar o conhecimento técnico, mas também sensibilizar profissionais, pesquisadores e gestores para a urgência de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento.

Mais do que um compêndio teórico, esta obra convida à reflexão sobre o papel da sociedade, das políticas públicas e dos profissionais de saúde no enfrentamento conjunto e efetivo desses transtornos, reconhecendo-os como uma prioridade em saúde pública, e somente dessa forma viabilizar a construção de ações mais equitativas, humanizadas e baseadas em evidências. Assim, que este livro possa servir como instrumento de

transformação, contribuindo para o avanço do conhecimento e para a promoção de uma atenção mais qualificada e sensível às necessidades dos indivíduos afetados.

Boa leitura.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....10

TRANSTORNOS ALIMENTARES: ASPECTOS GERAIS

Maria Rita Elias Melo

Pedro Cícero de Sousa

Cibelle Aparecida Felix Gonçalves

Paulo Víctor de Lima Sousa

DOI: 10.47094/978-65-284-0514-5/10-22

CAPÍTULO 2.....23

ANOREXIA NERVOSA: EPIDEMIOLOGIA, SINAIS CLÍNICOS E CONDUTA DIETÉTICA

Maria Rita Elias Melo

Francisca Thalia Batista Silva

Heilany Barros Nogueira

Adrielly Regina Dantas Gomes

Paulo Víctor de Lima Sousa

DOI: 10.47094/978-65-284-0514-5/23-34

CAPÍTULO 3.....35

BULIMIA NERVOSA: EPIDEMIOLOGIA, SINAIS CLÍNICOS E CONDUTA DIETÉTICA

Maria Eduarda Leite Rodrigues Dantas

Maria Joaquina de Carvalho Macedo

Valdênia de Lima Sousa

Paulo Víctor de Lima Sousa

DOI: 10.47094/978-65-284-0514-5/35-42

CAPÍTULO 4.....43

TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR: EPIDEMIOLOGIA, SINAIS CLÍNICOS E CONDUTA DIETÉTICA

Isabela Souza da Graça Silva

Leticia Yorrana Moura Silva

Vitória Camille Sousa de Oliveira

Regina Márcia Soares Cavalcante

DOI: 10.47094/978-65-284-0514-5/43-51

CAPÍTULO 5.....52

TRANSTORNO ALIMENTAR RESTRITIVO EVITATIVO: INTERFACES E DESAFIOS NO MANEJO NUTRICIONAL E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS INTEGRADAS

Adriana Fernandes Soares

Hiala Layla da Silva Alves

Yasmim Helen de Sousa Oliveira

Regina Márcia Soares Cavalcante

DOI: 10.47094/978-65-284-0514-5/52-60

TRANSTORNOS ALIMENTARES: ASPECTOS GERAIS

Maria Rita Elias Melo¹;

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

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

Pedro Cícero de Sousa²;

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

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

Cibelle Aparecida Felix Gonçalves³;

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

<http://lattes.cnpq.br/4874428253392324>

Paulo Víctor de Lima Sousa⁴.

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

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

RESUMO: Os transtornos alimentares (TA) são condições mentais graves caracterizadas por hábitos alimentares incomuns, que podem variar desde restrições severas da ingestão de alimentos até episódios de consumo excessivo, associada à preocupação persistente com a estética corporal. Sua etiologia é complexa e multifatorial que envolve a interação de fatores genéticos, psicológicos e sociais. Os fatores psicossociais para os TA dividem-se em: predisponentes, precipitantes e mantenedores. Os fatores predisponentes incluem traços de personalidade, baixa autoestima, comorbidades psiquiátricas, ambientes familiares críticos e a valorização da magreza. Os fatores precipitantes estão principalmente associados à restrição alimentar, frequentemente interligada a eventos estressores e a alterações na dinâmica familiar. Já os fatores mantenedores relacionam-se a alterações fisiológicas e psicológicas decorrentes da desnutrição, da compulsão alimentar e de comportamentos purgativos. Ademais, a base genética dos TA envolve múltiplos loci, sendo que a desregulação dos sistemas serotoninérgico e dopaminérgico, assim como de genes relacionados à comunicação intestino-cérebro e a hormônios como leptina, grelina, GLP-1 e PYY, está diretamente associada ao surgimento dos sintomas característicos dos TA. Além disso, alterações neurobiológicas envolvendo interocepção, controle executivo e formação de hábitos alimentares também são observadas, evidenciando a complexidade e a multifatorialidade dos transtornos alimentares, resultantes da interação entre propensão genética, fatores ambientais e neurobiológicos.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamento alimentar. Alimentação emocional. Modelos Biopsicossociais.

EATING DISORDERS: GENERAL ASPECTS

ABSTRACT: Eating disorders (EDs) are serious mental conditions characterized by unusual eating behaviors, which may range from severe food intake restriction to episodes of excessive consumption, associated with persistent concern about body image. Their etiology is complex and multifactorial, involving the interaction of genetic, psychological, and social factors. The psychosocial factors related to EDs are divided into predisposing, precipitating, and maintaining factors. Predisposing factors include personality traits, low self-esteem, psychiatric comorbidities, critical family environments, and the valorization of thinness. Precipitating factors are mainly associated with dietary restriction, often linked to stressful events and changes in family dynamics. Maintaining factors are related to physiological and psychological alterations resulting from malnutrition, binge eating, and purging behaviors. Furthermore, the genetic basis of EDs involves multiple loci, and the dysregulation of serotonergic and dopaminergic systems, as well as genes related to the gut-brain axis and hormones such as leptin, ghrelin, GLP-1, and PYY, is directly associated with the onset of characteristic ED symptoms. In addition, neurobiological alterations involving interoception, executive control, and the formation of eating habits are also observed, highlighting the complexity and multifactorial nature of eating disorders, resulting from the interaction between genetic predisposition, environmental factors, and neurobiological mechanisms.

KEYWORDS: Eating behavior. Emotional eating. Biopsychosocial models.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são classificados como condições mentais graves, resultantes da interação de condicionantes genéticos e ambientais (Hübel *et al.*, 2019). Embora sua etiologia ainda não seja integralmente elucidada, evidências indicam que aspectos psicológicos, especialmente ansiedade e estresse, além de fatores sociais, podem ser importantes fatores no desencadeamento desses transtornos (Salari *et al.*, 2025).

Essas disfunções alimentares caracterizam-se por hábitos alimentares incomuns, que podem variar desde restrições severas da ingestão de alimentos até episódios de consumo excessivo, frequentemente acompanhados por preocupação persistente e excessiva com o peso corporal e a aparência física, acarretando prejuízos significativos à saúde física e mental (APA, 2014; Nohesara *et al.*, 2025).

Em nível global, os TA acometem indivíduos de diferentes gêneros, faixas etárias, grupos raciais e contextos socioeconômicos, configurando-se como importante problema de saúde pública. Entretanto, sua ocorrência é desproporcional, acometendo com maior frequência as mulheres, em até 3 vezes mais do que se observa entre os homens, possivelmente em razão da maior insatisfação corporal e maior prevalência de condições psicológicas como ansiedade, depressão e estresse (Bourdier *et al.*, 2018; Yu; Muehleman, 2023).

Nesse contexto, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) descreve diversos tipos de TA. Entre elas, destaca-se a anorexia nervosa (AN) caracterizada por restrição persistente da ingestão energética em relação às necessidades do organismo, associada à distorção da própria aparência e medo persistente de ganhar peso. A bulimia nervosa (BN) é definida por episódios recorrentes de compulsão alimentar com comportamentos compensatórios inapropriados em frequências preconizadas (APA, 2014).

O DSM ainda destaca o transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) marcado por situações recorrentes de compulsão alimentar por uma ingestão muito maior do que a maioria das pessoas consumiria, em um certo período de tempo, ou a sensação de falta de controle sobre a ingestão durante um episódio, porém sem comportamentos compensatórios. Outro tipo descrito é o transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) no qual o indivíduo possui uma perturbação alimentar que causa falta aparente de interesse em comer ou recusa pelas características sensoriais dos alimentos, entre outras manifestações (APA, 2014).

Dados epidemiológicos demonstram que a prevalência desses transtornos tem aumentado globalmente nas últimas décadas. Entre os anos de 2000 e 2018, a prevalência em coletividades mais que dobrou, passando de 3,4% para 7,8% da população (Salari *et al.*, 2025). Adicionalmente, crianças e adolescentes também apresentam taxas expressivas, com prevalência de 22,3% durante os anos de 1999 a 2022 (López-Gil *et al.*, 2023), além de evidências de redução da idade de início dos sintomas (Hay *et al.*, 2023).

Esses dados alertam para um importante entrave na saúde pública, não somente pela alta prevalência mas também pelas significativas repercussões para a saúde pública (Shen *et al.*, 2025). A ocorrência desses transtornos acarreta em outros problemas de saúde, a saber problemas cardiovasculares, aumento acentuado da pressão arterial, ganho de peso ou ainda quadros de desnutrição e outras condições relacionadas, sobrecarregando o sistema de saúde (Yu; Muehleman, 2023).

Acerca da qualidade de vida, os TA também trazem prejuízos nessa esfera, não somente ao próprio indivíduo mas também aos seus cuidadores e a sociedade que o cerca (Van Hoeken; Hoek, 2020). Os danos abrangem a integridade física e psicológica, influenciando negativamente no desempenho ocupacional, na educação, nas relações interpessoais e na dinâmica familiar (Neipp *et al.*, 2024).

No âmbito das políticas públicas, especialistas da área defendem adoção de uma série de medidas e intervenções, que incluem a triagem escolar para diagnóstico precoce, controle rigoroso na venda de medicamentos e suplementos para controle de peso (Puhl *et al.*, 2014) e mecanismos legais contra discriminações motivadas pelo peso corporal (Puhl; Heuer, 2011).

Dessa forma, este estudo tem como objetivo compreender os TA a partir da análise dos principais fatores psicossociais, biológicos e neurobiológicos envolvidos em sua etiologia.

ETIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Fatores psicossociais

Os TA possuem etiologia multifatorial, sendo determinados pela interação entre fatores biológicos, genéticos, psicológicos, socioculturais e familiares que contribuem para o desenvolvimento e manutenção da doença. De modo geral, esses fatores podem ser agrupados em 3 tipos: fatores predisponentes, precipitantes e os mantenedores (Lipson *et al.* 2017).

Os fatores predisponentes dos TA podem ser organizados em duas grandes classes: aqueles relacionados ao risco para transtornos psiquiátricos em geral e aqueles específicos para os TA. A primeira inclui a presença de comorbidades psiquiátricas, histórico familiar de transtornos mentais, vivências de abuso físico ou sexual e adversidades na infância. A segunda envolve traços de personalidade característicos, maior risco para o desenvolvimento da obesidade e a adoção de dietas calóricas restritivas. De forma integrada, esses fatores são tradicionalmente categorizados em três grupos principais: individuais, familiares/hereditários e socioculturais, os quais interagem entre si e contribuem para a vulnerabilidade ao desenvolvimento dos TA (Cooper, 1995; Fairburn *et al.*, 1999).

Os fatores individuais dos transtornos alimentares envolvem traços de personalidade e comorbidades psiquiátricas. Na anorexia nervosa (AN), predominam obsessividade e perfeccionismo (Srinivasagam *et al.*, 1995; Rastam, 1992). Na bulimia nervosa (BN), são frequentes impulsividade, comportamentos de risco e dependência química (Lask, 2000; Diaz-Marsa; Carrasco; Saiz, 2000). A baixa autoestima é um fator de risco comum entre AN e BN (McGee; Williams, 2000; Ghaderi; Scott, 2001). Além disso, a AN está mais associada a transtornos de ansiedade e personalidade obsessivo-compulsiva, enquanto a BN se relaciona à depressão e instabilidade afetiva (Fairburn *et al.*, 1997). No transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), observam-se maiores níveis de ansiedade e depressão, especialmente em crianças obesas com compulsão alimentar (Morgan *et al.*, 2002).

No contexto familiar, indivíduos com transtornos alimentares (TA) frequentemente relatam ambientes críticos e controladores, caracterizados por comunicação deficiente, baixo cuidado parental e interferência excessiva dos pais, especialmente invasão materna de privacidade (Santos *et al.*, 2017). Histórico de abuso físico ou sexual também está associado ao maior risco para TA. Além disso, relações familiares marcadas por ciúme, competição e sedução paterna podem influenciar negativamente o comportamento alimentar. Em contrapartida, o incentivo à autonomia pelos pais parece exercer efeito protetor (Santos *et al.*, 2017). Estudos mostram que mães de meninas com TA tendem a desejar maior perda de peso para as filhas, percebendo-as como menos atraentes e demonstrando maior insatisfação com o funcionamento familiar, fatores que contribuem para a patologia alimentar (Leonidas *et al.*, 2015; Oliveira *et al.*, 2016). Entretanto, as evidências disponíveis são predominantemente correlacionais e retrospectivas, limitando conclusões causais (Leonidas *et al.*, 2014).

As condições socioeconômicas também exercem influência relevante sobre os TA, que acometem indivíduos de todas as classes sociais, porém com diferentes padrões de risco e acesso ao cuidado. Em contextos de baixa renda, fatores como insegurança alimentar, estresse econômico e acesso limitado aos serviços de saúde mental aumentam a vulnerabilidade a comportamentos alimentares desorganizados, especialmente à compulsão alimentar. Em contrapartida, em estratos socioeconômicos mais elevados, a pressão sociocultural pela magreza e pelo controle corporal, reforçada pela mídia, associa-se principalmente à AN e à BN. As desigualdades sociais também interferem no diagnóstico e no tratamento, contribuindo para maior gravidade clínica e pior prognóstico (Fairburn; Harrison, 2003; Oms, 2014; Papadopoulos *et al.*, 2009).

Além disso, estudos atuais consideram que a valorização da magreza pela sociedade exerce papel central na ocorrência de TA. A influência da mídia, de celebridades e o amplo acesso a conteúdos digitais reforçam padrões corporais restritivos e homogêneos, favorecendo a comparação social e a insatisfação corporal, sobretudo entre indivíduos que não se identificam com esses modelos (Alvarenga; Dunker; Philippi, 2020; Izydorczyk *et al.*, 2020).

Entre os fatores precipitantes dos transtornos alimentares (TA), a dieta restritiva para emagrecimento é um dos principais desencadeadores. Indivíduos que realizam dietas apresentam risco significativamente maior para o desenvolvimento de TA (Patton, 1999). A restrição alimentar pode favorecer episódios de compulsão alimentar e manter o ciclo compulsão/purgação na bulimia nervosa (BN). Já na anorexia nervosa (AN), a restrição progressiva contribui para a desnutrição, intensificando a distorção da imagem corporal e o medo de ganhar peso (Gowers; Shore, 2001). Além disso, eventos estressores, ameaças à integridade física e alterações na dinâmica familiar podem atuar como fatores desencadeadores ao reforçarem sentimentos de insegurança e inadequação (Borges *et al.*, 2006).

Os fatores mantenedores do TÁ incluem alterações fisiológicas e psicológicas decorrentes da desnutrição e pelos constantes episódios de compulsão alimentar e purgação, que tendem a perpetuar o transtorno. Muitas vezes, os fatores que mantêm o problema alimentar são diferentes daqueles que foram responsáveis pelo seu desenvolvimento inicial. A privação alimentar leva, sabidamente, a alterações físicas e psicológicas, sendo que muitas características dos pacientes com TA são consequências, e não causa, do ciclo vicioso desencadeado pela desnutrição e pelos comportamentos alimentares disfuncionais (Nunes *et al.*, 2001).

Fatores biológicos

Evidências de estudos com gêmeos e famílias demonstram que a hereditariedade é um fator direto para os TA. A partir de pesquisas sobre o compartilhamento genético e de estudos subsequentes de associação genômica ampla, permitiu a identificação de múltiplos *loci* genéticos relacionados a variantes genéticas e ao risco de desenvolver esses transtornos (Donato *et al.*, 2022; Watson *et al.*, 2021; Wray *et al.*, 2021).

Diversos sistemas biológicos estão inseridos no contexto dos TA, incluindo neuropeptídeos, neurotransmissores e hormônios. Estudos baseados com análises do exoma e do genoma completo demonstraram que variações genéticas raras e estruturais nesses sistemas contribuem para o desenvolvimento dos TA. Além disso, estudos sobre o papel da expressão gênica revelaram importantes considerações sobre como os genes e mecanismos moleculares influenciam os fenótipos desses transtornos (Watson *et al.*, 2021).

Dentre os sistemas moleculares envolvidos, destaca-se o complexo de controle homeostático, localizado no hipotálamo e no tronco encefálico responsáveis pelos sinais de fome e saciedade, respectivamente. Neurônios hipotalâmicos produtores de neuropeptídeo Y (NPY) e peptídeo relacionado ao agouti (AgRP), estimulam a liberação de hormônios como o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) e o cortisol que ativam o sinal orexigênico. Em contrapartida, a proopiomelanocortina (POMC) é um peptídeo anorexigênico, desempenhando papel relevante na regulação da ingestão alimentar e na etiologia dos TA (Cuesto *et al.*, 2017; Donato *et al.*, 2022; Galusca *et al.*, 2015; Zhou *et al.*, 2015).

Determinar a etiologia dos transtornos alimentares é uma tarefa complexa, uma vez que existem inúmeros fatores ambientais e genéticos que podem contribuir para o desenvolvimento desses transtornos (Donato *et al.*, 2022). Entre essas vias, destacam-se os sistemas serotoninérgico e dopaminérgico, amplamente investigados em AN, BN e TCAP.

O principal sistema envolvido é o serotoninérgico, ou 5-hidroxitriptamina (5-HT), responsável pela regulação do humor, ingestão alimentar e do peso corporal (Paolacci *et al.*, 2020). As pesquisas demonstram que alteração na atividade da 5-HT pode levar a uma personalidade egossintônica, na qual distúrbios de imagem podem ser vistos como algo

normal, dificultando a busca por tratamento (Donato *et al.*, 2022). O gene do transportador 5-HTTLPR e o gene do receptor 5-HT2A são os mais estudados em modelos para AN e BN, embora haja controvérsias quanto ao seu papel específico na BN (Boehm *et al.*, 2020; Donato *et al.*, 2022; Polsinelli; Levitan; De Luca, 2012). No TCAP, polimorfismos nos genes 5-HTT, 5-HT2C e 5-HT2A são investigados, com maior frequência do alelo 5-HTTLPR em indivíduos obesos com esse transtorno (Monteleone *et al.*, 2006).

Os genes do sistema dopaminérgicos também estão envolvidos nos transtornos alimentares. Este sistema é responsável pelos processos de comportamento emocional, dependência de substâncias, alimentação, recompensa, modulação de pensamentos e atividade motora. A dopamina é o principal neurotransmissor desse sistema, atuando principalmente por meio de dois receptores que estão acoplados à proteína G, o D1 e o D2 (Duncan *et al.*, 2017).

Em indivíduos com AN e BN, foram encontradas alterações no gene DAT1, gene que codifica uma proteína transmembrana responsável pela regulação da recaptação da serotonina nas sinapses e que possui um número variável de repetições na região 3' não traduzida. Nesse sentido, ocorrem polimorfismos nesse número de repetições que influenciam diretamente a expressão do DAT1 (Donato *et al.*, 2022; Duncan *et al.*, 2017). No TCAP, polimorfismos foram evidenciados em seis genes dopaminérgicos: DRD2, ANKK1, OPRM1, COMT, DAT1 e DR3, com particular atenção para o polimorfismo Taq1A do DRD2, que apresenta maior sensibilidade em pacientes com obesidade e TCAP (Donato *et al.*, 2022; Koren *et al.*, 2014).

Os genes reguladores do apetite também estão intrinsecamente ligados a mutações genéticas. Nesse contexto, é importante ressaltar que a comunicação intestino-cérebro (principalmente o hipotálamo) abrange um número diversificado de hormônios relacionados ao apetite. Durante e após uma refeição, peptídeos anorexígenos são liberados, sinalizando um estado de saciedade. Em contrapartida, peptídeos responsáveis pelo estado de fome são estimulados durante o jejum. Nesse cenário, alterações em hormônios responsáveis por efeitos anorexígenos ou orexígenos, como leptina, grelina, GLP-1 e PYY, podem contribuir para o aparecimento de TA (Perry; Wang, 2012).

A leptina, hormônio anorexigênico associado à saciedade, apresenta níveis circulantes reduzidos no plasma e no líquido cefalorraquidiano de pacientes com AN, enquanto concentrações elevadas de NPY parecem relacionar-se à baixa massa corporal e, conseqüentemente, à hiperleptinemia (Donato *et al.*, 2022; Focker *et al.*, 2011; Monteleone *et al.*, 2002). Na BN, observa-se uma correlação positiva entre o índice de massa corporal (IMC) e os níveis plasmáticos de leptina, os quais tendem a se normalizar durante a remissão (Homan *et al.*, 2015).

Polimorfismos no gene da grelina, hormônio responsável pelo estado de fome, e em seu receptor GHSR1 α parecem não estar associados à BN (Monteleone *et al.*, 2006)., visto que os níveis de grelina não diferem significativamente dos observados em indivíduos

sem o transtorno (Culbert; Racine; Klump, 2016). Na AN, os níveis de grelina aparecem elevados, com contínua elevação após tratamento de curto prazo, como a renutrição com ganho de peso parcial, e a longo prazo (Holsen *et al.*, 2014). No TCAP, os níveis de grelina apresentam-se reduzidos em comparação com o placebo (Gluck *et al.*, 2014).

As alterações no GLP-1 nos TAs permanecem incertas, não estando claro se suas alterações representam fator de risco ou consequência do transtorno. Em pacientes com AN e BN, alguns estudos demonstram baixas concentrações do hormônio durante o jejum, e as concentrações de PYY estavam aumentadas. Níveis elevados desse hormônio em pacientes com TA parecem ser maiores em mulheres doentes ou em remissão que apresentam maior saciedade, o que justifica a tendência a tolerar restrição calórica (Culbert; Racine; Klump, 2016; Dossat *et al.*, 2015).

NEUROBIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Estudos recentes sobre a estrutura cerebral de indivíduos com TA identificaram resultados heterogêneos, incluindo volumes menores, maiores ou sem diferenças significativas em relação a grupos controle. A redução do volume cortical em casos graves de AN parece normalizar-se de acordo com a recuperação de peso. Em relação à BN, os dados sobre volumes cerebrais são mais escassos e apresentam resultados inconsistentes, com descrição de volumes locais maiores ou menores de massa cinzenta (Frank; Shott; DeGuzman, 2019).

A restrição alimentar, os comportamentos purgativos e a compulsão alimentar provocam modificações na estrutura cerebral. Regiões como a ínsula e o córtex orbitofrontal, que possuem a função de percepção do paladar e da recompensa alimentar, podem ser alteradas e interferir no impulso de comer (Riederer *et al.*, 2016).

A conectividade funcional envolvida na interocepção e na “mentalização autorreferencial”, que consiste em compreender os outros e a si próprio, apresenta estados de maior ou menor conectividade em repouso em indivíduos com TA em comparação com o grupo controle. Isso implica que redes associadas à função executora, à recompensa e à percepção podem estar alteradas (Cowdrey *et al.*, 2014; Frank; Shott; DeGuzman, 2019).

No que se refere à conectividade efetiva, foi identificado maior direcionamento em regiões responsáveis pela recompensa gustativa em pacientes com AN. Pesquisas identificaram que, durante a ingestão de açúcar, a conectividade efetiva era direcionada do estriado ventral para o hipotálamo em pacientes com AN e BN, enquanto, no grupo controle, o fluxo ocorre no sentido oposto. Esse mecanismo foi reconhecido como um controle de “cima para baixo” nos TA, com o objetivo de suprimir sinais de fome e fatores homeostáticos (Frank; Shott; DeGuzman, 2019; Kullmann *et al.*, 2014).

No que tange às vias de recompensa hedônica, estudos iniciais sobre a neurobiologia dos transtornos alimentares identificaram alterações patológicas nos sistemas de neurotransmissores citados anteriormente neste capítulo. Esses achados demonstraram que o sistema de recompensa possui forte implicação na alimentação hedônica e na tomada de decisões (Lammel; Lim; Malenka, 2014).

Nesse contexto, a área tegmental ventral desempenha um papel importante no reforço positivo e negativo, na tomada de decisão, na memória, na saliência motivacional e na aversão. Os estudos de neuroimagem sugerem que o processamento desses estímulos ocorre de maneira alterada em pacientes com AN, inclusive durante a recuperação, enquanto os resultados em BN e TCAP ainda são inconsistentes (Frank; Shott; DeGuzman, 2019; Lammel; Lim; Malenka, 2014).

A via córtico-estriatal-tálamo-cortical (CTSC), envolvida na formação de hábitos, na recompensa e na execução de movimentos, tem sido apontada com um circuito relevante para os TA. Esse circuito parece estar hiperativado em pacientes com AN. No contexto da BN, embora os dados ainda sejam limitados, alterações no circuito ocorrem de maneira precoce e, conseqüentemente, contribuem para a permanência da BN por mais tempo (Ting; Feng, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os TA apresentam etiologia complexa e multifatorial, resultante da interação entre fatores psicossociais, biológicos, genéticos e neurobiológicos. Esse capítulo demonstrou que traços de personalidade, comorbidades psiquiátricas, dinâmicas familiares, pressões socioculturais e eventos estressores atuam de forma integrada na predisposição e no desencadeamento desses transtornos, enquanto a restrição alimentar e seus efeitos fisiológicos e psicológicos contribuem para a manutenção do quadro clínico.

A compreensão biológica dos transtornos alimentares é demonstrado através de estudos científicos sobre sistemas de neurotransmissores, hormônios reguladores do apetite e circuitos cerebrais relacionados à recompensa, ao controle cognitivo e à interocepção. Dessa forma, a abordagem integrada desses múltiplos fatores mostra-se essencial para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como para a redução do impacto desses transtornos na saúde pública e na qualidade de vida dos indivíduos afetados.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M. S; DUNKER, L. L; PHILIPPI, S. T. **Transtornos Alimentares e Nutrição da Prevenção ao Tratamento**. Manole, São Paulo, 1 edição, p. 1-539, 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BOEHM, I. *et al.* Peripheral serotonin transporter DNA methylation is linked to increased salience network connectivity in females with anorexia nervosa. **Journal of Psychiatry and Neuroscience**, v. 45, n. 3, p. 206–213, 2020.
- BORGES, N.J. *et al.* Transtornos alimentares - quadro clínico. **Revista Medicina, Ribeirão Preto**, v. 39, n. 3, p. 340-348, 2006
- BOURDIER, L. *et al.* Are emotionally driven and addictive-like eating behaviors the missing links between psychological distress and greater body weight? **Appetite**, v. 120, p. 536–546, 2018.
- COOPER, Z. The development and maintenance of eating disorders. In: BROWNELL, K. D.; FAIRBURN, C. G. (org.). **Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook**. New York: Guilford Press, 1995. p. 199–206.
- CUESTO, G. *et al.* Molecular bases of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder: shedding light on the darkness. **Journal of Neurogenetics**, v. 31, n. 4, p. 266–287, 2017.
- CULBERT, K. M.; RACINE, S. E.; KLUMP, K. L. Hormonal Factors and Disturbances in Eating Disorders. **Current Psychiatry Reports**, v. 18, n. 7, p. 65, 2016.
- DIAZ-MARSA, M.; CARRASCO, J. L.; SAIZ, J. A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. **Journal of Personality Disorders**, New York, v. 14, n. 4, p. 352–359, 2000.
- DONATO, K. *et al.* Gene variants in Eating Disorders. Focus on Anorexia Nervosa Bulimia Nervosa and Binge-eating Disorder. **Journal of Preventive Medicine and Hygiene**, v. 63 N. 2S3, p. E297, 16 2022.
- DOSSAT, A. M. *et al.* Preliminary examination of glucagon - like peptide -1 levels in women with purging disorder and bulimia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, v. 48, n. 2, p. 199–205, 2015.
- DUNCAN, L. *et al.* Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa. **American Journal of Psychiatry**, v. 174, n. 9, p. 850–858, 2017.
- FAIRBURN, C. G.; COOPER, Z.; DOLL, H. A.; WELCH, S. L. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. **Archives of General Psychiatry**, v. 56, n. 5, p. 468–476, 1999.

- FAIRBURN, C. G.; WELCH, S. L.; DOLL, H. A.; DAVIES, B. A.; O'CONNOR, M. E. Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. **Archives of General Psychiatry**, v. 54, n. 6, p. 509–517, 1997.
- FAIRBURN, C. G.; HARRISON, P. J. Eating disorders. **The Lancet, London**, v. 361, n. 9355, p. 407–416, 2003.
- FÖCKER, M. *et al.* Screening for anorexia nervosa via measurement of serum leptin levels. **Journal of Neural Transmission**, v. 118, n. 4, p. 571–578, 2011.
- FRANK, G. K. W.; SHOTT, M. E.; DEGUZMAN, M. C. The Neurobiology of Eating Disorders. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America**, v. 28, n. 4, p. 629–640, 2019.
- GALUSCA, B. *et al.* Neuropeptide Y and α -MSH Circadian Levels in Two Populations with Low Body Weight: Anorexia Nervosa and Constitutional Thinness. **PLOS ONE**, v. 10, n. 3, p. e0122040, 2015.
- GHADERI, A.; SCOTT, B. Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Copenhagen, v. 104, n. 2, p. 122–130, 2001.
- GLUCK, M. E. *et al.* Ghrelin Levels After a Cold Pressor Stress Test in Obese Women With Binge Eating Disorder. **Psychosomatic Medicine**, v. 76, n. 1, p. 74–79, 2014.
- GOWERS, S.G.; SHORE, A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *British journal of hospital medicine*. **London**, v. 42, p. 179-236. 2001.
- HAY, P. *et al.* Epidemiology of eating disorders: population, prevalence, disease burden and quality of life informing public policy in Australia—a rapid review. **Journal of Eating Disorders**, v. 11, n. 1, p. 23, 2023.
- HOLSEN, L. M. *et al.* Abnormal relationships between the neural response to high- and low-calorie foods and endogenous acylated ghrelin in women with active and weight-recovered anorexia nervosa. **Psychiatry Research: Neuroimaging**, v. 223, n. 2, p. 94–103, 2014.
- HOMAN, P. *et al.* The Role of BDNF, Leptin, and Catecholamines in Reward Learning in Bulimia Nervosa. **International Journal of Neuropsychopharmacology**, v. 18, n. 5, p. pyu092–pyu092, 2015.
- HÜBEL, C. *et al.* Epigenetics in eating disorders: a systematic review. **Molecular Psychiatry**, v. 24, n. 6, p. 901–915, 2019.
- IZYDORCZYK, B. *et al.* Socio-Cultural Standards Promoted by the Mass Media as Predictors of Restrictive and Bulimic Behavior. **Frontiers in Psychiatry**, v. 11, 3 jun. 2020.
- KOREN, R. *et al.* Preliminary evidence for the role of HTR2A variants in binge eating in young women. **Psychiatric Genetics**, v. 24, n. 1, p. 28–33, fev. 2014.
- KULLMANN, S. *et al.* Aberrant network integrity of the inferior frontal cortex in women with anorexia nervosa. **NeuroImage: Clinical**, v. 4, p. 615–622, 2014.

LEONIDAS, C., *et al.* Redes sociais significativas de mulheres com transtornos alimentares. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 3, p. 561-571, 2014.

LEONIDAS, C., *et al.* Relacionamentos afetivo-familiares em mulheres com anorexia e bulimia. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 2, p. 181-191, 2015.

LIPSON, S. K. *et al.* Eating disorder symptoms among undergraduate and graduate students at 12 U.S. colleges and universities. **Eating Behaviors**, v. 24, p. 81–88, 2017.

LÓPEZ-GIL, J. F. *et al.* Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA pediatrics**, v. 177, n. 4, p. 363–372, 2023.

MONTELEONE, P. *et al.* Opposite modifications in circulating leptin and soluble leptin receptor across the eating disorder spectrum. **Molecular Psychiatry**, v. 7, n. 6, p. 641–646, 2002.

MONTELEONE, P. *et al.* No association of the Arg51Gln and Leu72Met polymorphisms of the ghrelin gene with anorexia nervosa or bulimia nervosa. **Neuroscience Letters**, v. 398, n. 3, p. 325–327, 2006.

MORGAN, C. M. *et al.* Loss of control over eating, adiposity, and psychopathology in overweight children. *International Journal of Eating Disorders*, New York, v. 31, n. 4, p. 430–441, 2002.

NEIPP, M. *et al.* Quality of Life and Clinical Impairment in Spanish Adolescent Anorexia Nervosa Patients. **European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education**, v. 14, n. 5, p. 1425–1436, 2024.

NOHESARA, S. *et al.* IUPHAR review: Eating disorders, gut microbiota dysbiosis and epigenetic aberrations. **Pharmacological Research**, v. 213, p. 107653, 2025.

NUNES, M. A. *et al.* Influência do índice de massa corporal e da percepção do peso corporal nos sintomas de transtornos alimentares. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 23, n. 1, p. 21–30, 2001

OLIVEIRA, E. A., *et al.* Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: A ótica do psicodiagnóstico. **Medicina**, v. 39, n. 3, p. 353-360, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Social determinants of mental health**. Geneva: World Health Organization, 2014.

PAPADOPOULOS, F. C. *et al.* Socioeconomic status, family background and eating disorders. *European Eating Disorders Review*. **Chichester**, v. 17, n. 3, p. 187–198, 2009.

PAOLACCI, S. *et al.* Genetic contributions to the etiology of anorexia nervosa: New perspectives in molecular diagnosis and treatment. **Molecular Genetics & Genomic Medicine**, v. 8, n. 7, p. e1244, 2020.

PATTON, G.C. *et al.* Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *BMJ*. Parkville Victoria, v. 318, no. 7186, p. 765-768, 1999.

POLSINELLI, G.N.; LEVITAN, R. N.; DE LUCA, V. 5-HTTLPR polymorphism in bulimia nervosa: a multiple-model meta-analysis. **Psychiatric Genetics**, v. 22, n. 5, p. 219–225, 2012.

PUHL, R. M. *et al.* Setting policy priorities to address eating disorders and weight stigma: views from the field of eating disorders and the US general public. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 524, 2014.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. Public Opinion About Laws to Prohibit Weight Discrimination in the United States. **Obesity**, v. 19, n. 1, p. 74–82, 2011.

RASTAM, M. Anorexia nervosa in 51 Swedish adolescents: premorbid problems and comorbidity. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 31, n. 5, p. 819–829, 1992.

RIEDERER, J. W. *et al.* Understanding Neuronal Architecture in Obesity through Analysis of White Matter Connection Strength. **Frontiers in Human Neuroscience**, v. 10, 2016.

SALARI, N. *et al.* Global prevalence of eating disorders in children: a comprehensive systematic review and meta-analysis. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 51, n. 1, p. 107, 2025.

SANTOS, M. A., *et al.* Grupo multifamiliar no contexto dos transtornos alimentares: A experiência compartilhada. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 68, n. 3, p. 43-58, 2017.

SHEN, Y. *et al.* Global, regional, and national burden of eating disorders in 204 countries and territories, 1990–2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. **Journal of Eating Disorders**, v. 13, n. 1, p. 290, 2025.

SRINIVASAGAM, N. M. *et al.* Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. **American Journal of Psychiatry, Washington**, v. 152, n. 11, p. 1630–1634, 1995.

TING, J. T.; FENG, G.. Neurobiology of obsessive–compulsive disorder: insights into neural circuitry dysfunction through mouse genetics. **Current Opinion in Neurobiology**, v. 21, n. 6, p. 842–848, 2011.

VAN HOEKEN, D.; HOEK, H. W. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 33, n. 6, p. 521–527, nov. 2020.

WRAY, N. R. *et al.* From Basic Science to Clinical Application of Polygenic Risk Scores: A Primer. **JAMA Psychiatry**, v. 78, n. 1, p. 101, 2021.

YU, Z.; MUEHLEMAN, V. Eating Disorders and Metabolic Diseases. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 3, p. 2446, 2023.

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. Berlin, 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.

BULIMIA NERVOSA: EPIDEMIOLOGIA, SINAIS CLÍNICOS E CONDUTA DIETÉTICA

Maria Eduarda Leite Rodrigues Dantas¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/8550566504335018>

Maria Joaquina de Carvalho Macedo²;

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

<https://lattes.cnpq.br/8451519860047620>

Valdênia de Lima Sousa³;

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

<https://lattes.cnpq.br/1193237865385232>

Paulo Víctor de Lima Sousa⁴.

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

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

RESUMO: A bulimia nervosa (BN) é um transtorno alimentar de origem psiquiátrica, caracterizado por episódios repetidos de compulsão alimentar, acompanhados pela sensação de falta de controle e pela adoção de comportamentos compensatórios inadequados, como a indução de vômitos, o uso de laxantes e diuréticos, períodos prolongados de jejum e excesso de atividade física. Ela é considerada um dos TA mais comuns, sendo mais prevalente no sexo feminino e surgindo com maior frequência na adolescência. Trata-se de uma condição complexa e multifatorial, com interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, associados à supervalorização do peso e da aparência corporal. Esses comportamentos acarretam comprometimento do estado nutricional e metabólico, favorecendo os distúrbios hidroeletrólíticos, alterações gastrointestinais, danos à saúde bucal e aumento do risco de complicações cardíacas, além de maior morbimortalidade na ausência de tratamento adequado. A BN também está associada a outras condições psiquiátricas, como ansiedade, depressão, impulsividade e sentimentos de vergonha, o que aumenta a probabilidade de autolesão e comportamento suicida. O tratamento deve ser conduzido por uma equipe multiprofissional, com destaque para o papel do nutricionista na reorganização dos hábitos alimentares, na reabilitação nutricional e na modificação de atitudes alimentares disfuncionais. Quando esse cuidado é realizado em conjunto com o suporte médico e psicoterapêutico, a intervenção nutricional contribui para a quebra do ciclo de compulsão e compensação, favorecendo uma relação mais saudável com a comida, a

recuperação global do indivíduo e a melhora da qualidade de vida a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE: Bulimia Nervosa. Comportamento Alimentar. Transtornos Alimentares.

BULIMIA NERVOSA: EPIDEMIOLOGY, CLINICAL SIGNS, AND DIETARY MANAGEMENT

ABSTRACT: Bulimia nervosa (BN) is a psychiatric eating disorder characterized by repeated episodes of binge eating, accompanied by a feeling of lack of control and the adoption of inappropriate compensatory behaviors, such as self-induced vomiting, the use of laxatives and diuretics, prolonged periods of fasting, and excessive physical activity. It is considered one of the most common eating disorders, being more prevalent in females and appearing more frequently during adolescence. It is a complex and multifactorial condition, with an interaction of biological, psychological, and sociocultural factors, associated with an overvaluation of weight and body image. These behaviors lead to compromised nutritional and metabolic status, favoring hydroelectrolytic disturbances, gastrointestinal alterations, damage to oral health, and an increased risk of cardiac complications, as well as higher morbidity and mortality in the absence of adequate treatment. BN is also associated with other psychiatric conditions, such as anxiety, depression, impulsivity, and feelings of shame, which increases the likelihood of self-harm and suicidal behavior. Treatment should be conducted by a multidisciplinary team, with particular emphasis on the role of the nutritionist in reorganizing eating habits, nutritional rehabilitation, and modifying dysfunctional eating attitudes. When this care is provided in conjunction with medical and psychotherapeutic support, nutritional intervention contributes to breaking the cycle of compulsion and compensation, promoting a healthier relationship with food, the individual's overall recovery, and improved long-term quality of life.

KEYWORDS: Bulimia Nervosa. Eating Behavior. Eating Disorders.

INTRODUÇÃO

A bulimia nervosa (BN) é um transtorno alimentar (TA) de natureza psiquiátrica caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, nos quais ocorre a ingestão de grandes quantidades de alimentos em curto período, acompanhada da sensação de perda de controle. Esses episódios são seguidos por comportamentos compensatórios inadequados com o objetivo de evitar o ganho de peso, como vômito autoprovocado, uso indevido de laxantes e diuréticos, jejum prolongado, prática excessiva de exercícios físicos e, em alguns casos, uso inadequado de insulina (Chew e Temples, 2022; Nitsch *et al.*, 2021).

A recorrência desses comportamentos compromete o estado nutricional e metabólico, favorecendo desequilíbrios hidroeletrolíticos, desidratação e alterações gastrointestinais, como esofagite e prejuízos à saúde bucal. Além disso, a BN pode acarretar complicações sistêmicas relevantes, especialmente nos sistemas renal, eletrolítico e cardiovascular, aumentando o risco de morbidade e mortalidade, sobretudo na ausência de tratamento adequado (Chew e Temples, 2022; Nitsch *et al.*, 2021).

Do ponto de vista psicopatológico, a BN está frequentemente associada a comorbidades psiquiátricas, incluindo impulsividade, sentimentos de vergonha e desesperança. Esses fatores contribuem para maior risco de comportamentos de autolesão não suicida, ideação suicida e morte por suicídio. Além disso, comportamentos purgativos, em especial o uso de laxantes e o vômito autoprovocado, contribuem para alterações eletrolíticas importantes, as quais estão relacionadas ao aumento do risco de eventos cardiovasculares, como a doença cardíaca isquêmica, podendo resultar em desfechos fatais, especialmente em mulheres (Nitsch *et al.*, 2021).

Os comportamentos compensatórios podem ocorrer de forma isolada ou combinada e estão intimamente relacionados à supervalorização do peso e da forma corporal na construção da autoestima. A elevada insatisfação corporal favorece a adoção de dietas restritivas e práticas voltadas à perda de peso, geralmente motivadas pelo medo intenso de ganhar peso após episódios de compulsão alimentar ou pela tentativa de evitar ou aliviar emoções negativas, evidenciando a influência de fatores cognitivos e emocionais na manutenção do transtorno (Matheson, 2024).

EPIDEMIOLOGIA

A BN é um dos transtornos alimentares mais prevalentes, apresentando ocorrência significativamente maior quando comparada à anorexia nervosa, sendo estimada como aproximadamente quatro vezes mais comum (Nitsch *et al.*, 2021). Embora acometa indivíduos de ambos os sexos, observa-se maior prevalência entre mulheres. Estimativas indicam que a prevalência ao longo da vida pode alcançar até 3% no sexo feminino e ultrapassar 1% no sexo masculino (Filipponi *et al.*, 2022).

Esse transtorno manifesta-se com maior frequência na adolescência, período considerado crítico para o desenvolvimento dos TA, no qual fatores biológicos, psicológicos e socioculturais contribuem de forma significativa para seu surgimento. A expressiva prevalência e o potencial de complicações clínicas e psicossociais associadas à BN reforçam sua relevância como problema de saúde pública e destacam a importância de estratégias de prevenção, identificação precoce e intervenção adequada (Chew e Temples, 2022).

SINAIS E SINTOMAS

Os sintomas da BN interagem entre si, reforçando-se mutuamente e contribuindo para a manutenção do transtorno ao longo do tempo. Entre os principais sintomas, destacam-se o medo intenso de ganhar peso, a supervalorização do peso e da forma corporal e a percepção de estar acima do peso, os quais exercem influência sobre o quadro clínico e associam a sintomas de ansiedade e depressão (Levinson *et al.*, 2017).

Além desses sintomas centrais, existem sintomas clássicos-comportamentais, amplamente conhecidos e utilizados como base para o diagnóstico, tais como episódios recorrentes de compulsão alimentar, comportamentos compensatórios inadequados, como vômitos autoinduzidos, uso abusivo de laxantes e diuréticos, jejuns prolongados e prática excessiva de atividade física, além de baixa autoestima, impulsividade e dificuldades nos relacionamentos interpessoais (Robatto; Cunha; Moreira, 2023).

Os sintomas físicos são recorrentes e preocupantes, destacando-se as alterações eletrolíticas, especialmente a hipocalemia, além de desidratação, tonturas, síncope e edema, bem como manifestações orais, como erosão dentária, lesões na mucosa, dor de garganta, rouquidão e hipertrofia das glândulas parótidas, assim como calosidades no dorso da mão (sinal de Russell) (Nitsch *et al.*, 2021). Também podem ocorrer sintomas gastrointestinais como refluxo, náuseas e dor abdominal, alterações cardiovasculares, incluindo palpitações e arritmias, e irregularidades menstruais como manifestação de disfunção endócrina (Robatto; Cunha; Moreira, 2023).

Os comportamentos compensatórios constituem elemento central da BN, sendo caracterizadas por estratégias utilizadas para neutralizar os efeitos da ingestão alimentar, com o objetivo de evitar ganho de peso ou aliviar a culpa associada ao comer, incluindo práticas como vômitos autoinduzidos, uso inadequado de laxantes ou diuréticos, jejum prolongado e exercício físico excessivo (Stiles-Shields *et al.*, 2012). Os indivíduos que apresentam esse tipo de comportamento tendem a demonstrar maior instabilidade emocional, maior intensidade de afetos negativos e maior vulnerabilidade psicológica, características relacionados à maior gravidade dos sintomas alimentares e ao aumento do risco de sofrimento psíquico, mesmo na ausência de diagnóstico formal de BN (Chapuis-de-Andrade *et al.*, 2019).

Para que o diagnóstico de BN seja estabelecido, tanto os episódios de compulsão alimentar quanto os comportamentos compensatórios inadequados devem ocorrer, em média, pelo menos uma vez por semana durante três meses. A gravidade do transtorno é classificada de acordo com a frequência semanal desses comportamentos, sendo considerada leve (1 a 3 episódios), moderada (4 a 7 episódios), grave (8 a 13 episódios) ou extrema (14 ou mais episódios) (Mond, 2013).

Nesse sentido, essas condutas podem gerar intenso sofrimento corporal, comprometendo o funcionamento normal do organismo e aumentando o risco de problemas médicos graves, além de sofrimento psicológico, caracterizado por elevados níveis de

angústia emocional, insatisfação corporal e prejuízo funcional, fatores que contribuem para a manutenção desses comportamentos e dificultam sua interrupção (Rohde; Stice; Gau, 2017).

Diante desse cenário, estratégias como abordagens terapêuticas estruturadas, que incluem reestruturação cognitiva, manejo de emoções, normalização do comportamento alimentar e intervenções focadas no exercício físico compulsivo e em práticas purgativas, têm se mostrado eficazes na diminuição da frequência desses comportamentos. Essas estratégias reforçam a necessidade de um tratamento multidisciplinar contínuo, no qual os comportamentos compensatórios sejam reconhecidos como alvos centrais da intervenção clínica (Hamatani *et al.*, 2025; Levinson *et al.*, 2017).

CONDUTA DIETÉTICA

A conduta dietética na BN deve ser integrada a um plano terapêutico multiprofissional, composta por médicos, nutricionistas e psicoterapeutas, em virtude da complexidade do padrão alimentar. De forma geral, observa-se um comportamento alimentar desorganizado, caracterizado por restrição alimentar grave, o que favorece episódios bulímicos de compulsão alimentar e comportamentos compensatórios, como vômitos autoinduzidos e uso de laxantes. Nesse contexto, a atuação do nutricionista é essencial para a condução da terapia nutricional, tendo como objetivo principal a reorganização do padrão alimentar, a reabilitação nutricional e a modificação das atitudes alimentares disfuncionais, contribuindo para a melhora do estado nutricional e da relação do indivíduo com o alimento (Alvarenga; Larino, 2002).

A princípio, os pacientes terão como primeira etapa da conduta dietética a fase educacional, na qual são trabalhados conceitos básicos da alimentação saudável, como funções e fontes de nutrientes, regularização dos horários das refeições e atenção às consequências fisiológicas da restrição alimentar e das práticas purgativas. Essa fase busca ampliar o conhecimento nutricional do paciente e reduzir crenças distorcidas sobre alimentos, peso e corpo, além de estimular a aceitação do tratamento de forma colaborativa (Latterza *et al.*, 2004).

A regularização do padrão alimentar é considerada o ponto central da conduta dietética, sendo incentivada a realização de refeições distribuídas ao longo do dia, em horários estruturados, a fim de reduzir longos períodos de jejum que favorecem os episódios de compulsão alimentar. Estudos demonstram que a restrição alimentar desempenha papel crucial na manutenção do ciclo restrição–compulsão–purgação, sendo a normalização das refeições uma estratégia essencial para a interrupção desse ciclo (Alvarenga; Scagliusi, 2010).

Outro aspecto fundamental é o manejo das consequências clínicas e nutricionais decorrentes dos comportamentos purgativos, como desequilíbrios hidroeletrólíticos, alterações gastrointestinais e prejuízos à saúde bucal. O nutricionista deve estar atento a esses riscos, orientando quanto à reposição adequada de nutrientes, à hidratação e à importância da interrupção gradual dos métodos compensatórios, sempre em parceria com a equipe médica (Balata *et al.*, 2008).

Na fase experimental da conduta dietética, o foco da conduta desloca-se para aspectos comportamentais e emocionais relacionados à alimentação. Nesse momento, o nutricionista passa a trabalhar, de forma mais aprofundada, as atitudes alimentares, a insatisfação corporal e o medo de determinados alimentos, auxiliando o paciente a ressignificar sua relação com a comida. Essa fase exige maior integração com a equipe de saúde mental, especialmente com a psicoterapia, devido à complexidade dos fatores cognitivos e emocionais envolvidos no transtorno (Latterza *et al.*, 2004).

O uso do diário alimentar é uma estratégia amplamente recomendada na conduta dietética da BN, por possibilitar a identificação de padrões alimentares, emoções associadas às refeições, episódios de compulsão e comportamentos compensatórios. Essa ferramenta auxilia tanto o paciente quanto o profissional no processo de automonitoramento e na construção de maior consciência alimentar, sendo considerada uma técnica comportamental eficaz no tratamento nutricional dos TA (Alvarenga; Larino, 2002).

Além disso, a conduta dietética deve incluir orientações individualizadas, respeitando o estágio do transtorno, a idade do paciente e o contexto familiar. Em adolescentes, a participação da família é fundamental para o sucesso do tratamento, sendo necessária a orientação dos responsáveis quanto à organização das refeições e ao suporte emocional, evitando práticas de controle excessivo ou críticas relacionadas à alimentação e ao peso corporal (Pinzon *et al.*, 2004).

Estudos mostram uma grande oscilação no consumo de calorias diárias e na distribuição de carboidratos, proteínas e lipídios, o que compromete o equilíbrio nutricional e favorece a manutenção do transtorno. Dessa forma, o planejamento alimentar deve priorizar a estabilidade da ingestão, evitando prescrições rígidas e restritivas, e promovendo uma alimentação equilibrada, flexível e adaptada à realidade do paciente (Alvarenga; Scagliusi, 2010).

A atuação conjunta entre nutrição e psicoterapia favorece a adesão ao tratamento, a redução dos episódios de compulsão e purgação e a consolidação de mudanças duradouras no comportamento alimentar, configurando-se como estratégia essencial no manejo da BN (Silva *et al.*, 2015).

Por fim, a atuação do nutricionista na BN requer postura empática, ética e livre de julgamentos, bem como formação específica na área de TA. A literatura destaca que o sucesso da conduta dietética está diretamente relacionado à capacidade do profissional em estabelecer vínculo terapêutico, trabalhar de forma integrada com a equipe multiprofissional

e compreender os aspectos psicológicos que permeiam o comportamento alimentar desses pacientes (Alvarenga; Scagliusi, 2010).

CONCLUSÃO

A BN caracteriza-se como um TA de natureza multifatorial, marcado por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inadequados, como vômitos autoinduzidos, uso abusivo de laxantes, diuréticos ou prática excessiva de exercícios físicos. Trata-se de uma condição clínica relevante, cuja complexidade decorre da interação entre aspectos biológicos, emocionais e contextuais, afetando de forma significativa a saúde física, mental e social do indivíduo.

As manifestações clínicas da bulimia nervosa extrapolam o padrão alimentar desordenado, envolvendo alterações gastrointestinais, metabólicas, odontológicas e cardiovasculares, além de intenso sofrimento psíquico, baixa autoestima e distorção da imagem corporal. No âmbito terapêutico, há necessidade de cuidado interdisciplinar, no qual a intervenção nutricional e o acompanhamento médico e psicoterapêutico atuam de forma integrada, de modo a promover a reorganização do comportamento alimentar, à regularização das refeições e à redução dos ciclos de compulsão e compensação. Dessa forma, o tratamento efetivo da BN requer uma abordagem contínua, individualizada e empática, fundamentada em evidências científicas, com o objetivo de favorecer a recuperação global e a melhoria da qualidade de vida 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

- ALVARENGA, M. dos S.; SCAGLIUSI, F. B. Tratamento nutricional da bulimia nervosa. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 5, p. 907-918, 2010.
- ALVARENGA, M.; LARINO, M. A. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, p. 39-43, 2002.
- BALATA, P. *et al.* A bulimia nervosa como fator de risco para distúrbios da voz: artigo de revisão. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 74, n. 3, p. 447-451, 2008.
- CHAPUIS-DE-ANDRADE, S. *et al.* The Association Between Eating-Compensatory Behaviors and Affective Temperament in a Brazilian Population. *Frontiers*, v. 10, p. 1-11, 2019.

CHEW, K. K.; TEMPLES, H. S. Adolescent Eating Disorders: Early Identification and Management in Primary Care. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 36, n. 6, p. 618–627, 2022.

FILIPPONI, C. *et al.* The Follow-Up of Eating Disorders from Adolescence to Early Adulthood: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 23, p.1-19, 2022.

HAMATANI, S. *et al.* Guided Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Women With Bulimia Nervosa. **JAMA Network Open**, v. 8, n.8, p. 1-13, 2025.

LATTERZA, A. R. *et al.* Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 173-176, 2004.

LEVINSON, C. A. *et al.* The Core Symptoms of Bulimia Nervosa, Anxiety, and Depression: A Network Analysis. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 126, n. 3, p. 1-23, 2017.

MATHESON, B. E. Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder Across the Lifespan. **Focus**, v. 22, n. 3, p. 278–287, 2024.

MOND, J. M. Classification of bulimic-type eating disorders: from DSM-IV to DSM-5. **Journal of Eating Disorders**, v. 1, n. 33, p. 1-10, 2013.

NITSCH, A. *et al.* Medical complications of bulimia nervosa. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v. 88, n. 6, p. 333-343, 2021.

PINZON, V. *et al.* Peculiaridades do tratamento da anorexia e da bulimia nervosa na adolescência: a experiência do PROTAD. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 167-169, 2004.

ROBATTO, A. P.; CUNHA, C. M.; MOREIRA, L. A. C. Diagnóstico e tratamento de transtornos alimentares em crianças e adolescentes. **Jornal de pediatria**, v. 100, p. 88-96, 2023.

ROHDE, P.; STICE, E.; GAU, J. M. Predicting Persistence of Eating Disorder Compensatory Weight Control Behaviors. **The International journal of eating disorders**, v. 50, n. 5, p. 561–568, 2017.

SILVA, T. A. B. D. *et al.* As terapias cognitivo-comportamentais no tratamento da bulimia nervosa: uma revisão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 2, p. 160–168, 2015.

STILES-SHIELDS, E. C. *et al.* The Use of Multiple Methods of Compensatory Behaviors as an Indicator of Eating Disorder Severity in Treatment-Seeking Youth. **International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 5, p. 1-11, 2012.

TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR: EPIDEMIOLOGIA, SINAIS CLÍNICOS E CONDUTA DIETÉTICA

Isabela Souza da Graça Silva¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/4978251836405747>

Leticia Yorrana Moura Silva²;

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

<https://lattes.cnpq.br/6298248559034243>

Vitória Camille Sousa de Oliveira³;

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

<https://lattes.cnpq.br/1802982131912490>

Regina Márcia Soares Cavalcante⁴.

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

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

RESUMO: O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), é caracterizado por episódios recorrentes de ingestão excessiva de alimentos em curto período, acompanhados por perda de controle e sofrimento emocional, sem comportamentos compensatórios. Apesar do reconhecimento diagnóstico recente, apresenta prevalência significativa, especialmente entre indivíduos com obesidade, configurando-se como um importante problema de saúde pública. Trata-se de um transtorno multifatorial, associado a fatores emocionais, psicológicos e socioculturais, como ansiedade, depressão, estresse e insatisfação com a imagem corporal. Os episódios compulsivos envolvem alimentação acelerada, consumo mesmo sem fome fisiológica e ingestão até desconforto físico, frequentemente seguidos por culpa e vergonha, podendo ocorrer de forma isolada. O TCAP relaciona-se a repercussões metabólicas, como alterações hormonais e neuroendócrinas que favorecem ganho de peso, resistência à insulina, dislipidemias e aumento do risco de síndrome metabólica, diabetes mellitus tipo II e doenças cardiovasculares. O diagnóstico baseia-se na avaliação clínica, tendo a sensação subjetiva de perda de controle como critério central, embora ainda seja subdiagnosticado. O manejo nutricional deve priorizar a regularização do comportamento alimentar e a redução dos episódios compulsivos, sem foco inicial na perda de peso, utilizando estratégias como educação alimentar e nutricional, nutrição comportamental, terapia cognitivo-comportamental e acompanhamento multiprofissional, visando melhora

clínica e da qualidade de vida, são fundamentais para a melhora clínica e da qualidade de vida dos indivíduos com TCAP.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno da Compulsão Alimentar. Manejo nutricional. Abordagem multiprofissional.

BINGE EATING DISORDER: EPIDEMIOLOGY, CLINICAL SIGNS, AND DIETARY MANAGEMENT

ABSTRACT: Binge Eating Disorder (BED) is characterized by recurrent episodes of excessive food intake within a short period of time, accompanied by a loss of control and emotional distress, without the presence of compensatory behaviors. Despite its relatively recent diagnostic recognition, BED shows significant prevalence, particularly among individuals with obesity, constituting an important public health issue. It is a multifactorial disorder associated with emotional, psychological, and sociocultural factors, such as anxiety, depression, stress, and body image dissatisfaction. Compulsive eating episodes involve rapid eating, consumption of food in the absence of physiological hunger, and eating until physical discomfort, often followed by feelings of guilt and shame, and may occur in isolation. BED is associated with metabolic repercussions, including hormonal and neuroendocrine alterations that favor weight gain, insulin resistance, dyslipidemia, and an increased risk of metabolic syndrome, type 2 diabetes mellitus, and cardiovascular diseases. Diagnosis is based on clinical evaluation, with the subjective sense of loss of control as a central criterion, although the disorder remains underdiagnosed. Nutritional management should prioritize the regulation of eating behavior and the reduction of binge episodes, without an initial focus on weight loss, using strategies such as Nutrition Education, behavioral nutrition, Cognitive Behavioral Therapy, and multiprofessional follow-up, which are essential for improving clinical outcomes and quality of life in individuals with BED.

KEYWORDS: Binge Eating Disorder. Nutritional Management. Multidisciplinary Approach.

INTRODUÇÃO

O transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), também conhecido internacionalmente como binge eating disorder (BED), tem ganhado crescente atenção no campo da saúde pública por sua relevância clínica e impacto social. Trata-se de uma condição que envolve episódios recorrentes de ingestão alimentar em excesso, acompanhados por sentimentos de perda de controle e mal-estar emocional. Diferentemente de outros transtornos alimentares, não há comportamentos compensatórios após os episódios, o que contribui para sua especificidade e para os desafios relacionados ao diagnóstico e tratamento (American Psychiatric Association, 2014).

Embora descrito há várias décadas, o reconhecimento oficial do TCAP como categoria diagnóstica é relativamente recente, tendo sido incluído nos manuais psiquiátricos apenas na década de 1990, o que reforça a necessidade de pesquisas contínuas para compreender sua complexidade (Azevedo; Santos; Fonseca, 2004). Estudos apontaram que sua prevalência é significativa tanto na população geral, variando entre 2% e 3%, quanto em grupos específicos, como indivíduos com obesidade em busca de tratamento, podendo atingir até 22% (Coutinho, 2006; Appolinário, 2004).

Essa realidade evidenciou que o transtorno não pode ser reduzido apenas a questões alimentares, mas deve ser entendido como resultado de múltiplos fatores, incluindo aspectos emocionais, sociais e culturais. Questões como ansiedade, insatisfação com a imagem corporal e estresse são frequentemente associadas ao desenvolvimento da compulsão alimentar, especialmente em um cenário cultural marcado por padrões estéticos rígidos e pela pressão do consumo (Bauman, 2001; Giel *et al.*, 2022).

Nesse contexto, diferentes estratégias terapêuticas têm sido estudadas e aplicadas, com destaque para abordagens que integram aspectos nutricionais e psicológicos. A nutrição comportamental e práticas como o comer intuitivo e o *mindful eating*, aliadas a intervenções psicológicas estruturadas, mostram-se promissoras para reduzir os episódios compulsivos e favorecer o bem-estar dos pacientes (Beck, 2014; Alvarenga *et al.*, 2016).

Assim, compreender o TCAP em sua amplitude é essencial para a prática acadêmica e profissional. O estudo aprofundado de sua definição, epidemiologia, sinais clínicos, diagnóstico, repercussões metabólicas e manejo nutricional permite não apenas ampliar o conhecimento científico, mas também desenvolver intervenções mais eficazes e humanizadas. Reconhecer a importância do suporte nutricional e da educação alimentar nesse contexto é fundamental para promover qualidade de vida, autonomia e melhores resultados terapêuticos em indivíduos afetados por esse transtorno.

DEFINIÇÃO E EPIDEMIOLOGIA

O comportamento alimentar no TCAP é definido pelo consumo de grande quantidade de alimentos em um curto período de tempo (até duas horas), acompanhado da sensação de perda de controle sobre o quê ou o quanto se come. O transtorno é caracterizado a partir de episódios que devem ocorrer pelo menos dois dias por semana nos últimos seis meses, associados a perda de controle e não relacionados a comportamentos compensatórios direcionados a perda de peso (Spitzer, 1993; APA, 1994). Esses episódios são acompanhados por sentimentos de falta de controle, ansiedade, depressão, e culpa, (American Psychiatric Association, 2014). A patologia impacta significativamente na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos (Padierna, *et al.*, 2000).

A epidemiologia do TCAP ainda é emergente, embora apresente alta prevalência e cause impacto significativo, o TCAP não foi incluído no Estudo Global do Impacto de Doenças, Lesões e Fatores de Risco (GBD) de 2019 (Santomauro *et al*, 2021). Evidências apontam que o transtorno afeta ambos os sexos, com discreta predominância em mulheres, ocorre em diferentes faixas etárias e não se restringe a grupos socioeconômicos específicos, sendo mais bem documentado em países ocidentais, como Estados Unidos e Europa (Kessler *et al*, 2013).

SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

O TCAP caracteriza-se por um padrão persistente de episódios de ingestão alimentar excessiva, realizados de forma descontrolada e acompanhados por sofrimento emocional significativo. Esses episódios ocorrem em um intervalo de tempo reduzido e não são seguidos por comportamentos compensatórios, o que diferencia o TCAP de outros transtornos alimentares e contribui para seu impacto clínico e psicossocial (Taranto; Cota; Travassos, 2025).

Durante os episódios compulsivos, observa-se um conjunto de comportamentos recorrentes, como a ingestão acelerada de alimentos, o consumo mesmo na ausência de fome fisiológica e a manutenção da alimentação até níveis desconfortáveis de saciedade. É comum que esses episódios ocorram de forma isolada, uma vez que sentimentos de vergonha e constrangimento levam o indivíduo a evitar a alimentação na presença de outras pessoas. Após a compulsão, predominam emoções negativas intensas, como culpa, frustração e tristeza, reforçando o ciclo de descontrole alimentar descrito na literatura (Heinkel; Bilibio; Ferreira, 2016).

Além das manifestações comportamentais, o TCAP envolve importantes alterações emocionais e psicológicas. Indivíduos com o transtorno apresentam maior prevalência de ansiedade, sintomas depressivos, impulsividade e baixa autoestima, além de significativa insatisfação com a imagem corporal. A utilização da alimentação como estratégia para lidar com estados afetivos negativos é um aspecto frequentemente relatado, contribuindo para a manutenção dos episódios compulsivos e para o agravamento do sofrimento psíquico (Azevedo; Santos; Fonseca, 2004).

Do ponto de vista clínico, o TCAP está frequentemente associado à obesidade e a históricos repetidos de dietas restritivas malsucedidas, acompanhadas por flutuações expressivas do peso corporal. Tais experiências reforçam sentimentos de fracasso e descontrole, impactando negativamente a qualidade de vida e o funcionamento social e emocional dos indivíduos acometidos. Ressalta-se, contudo, que o transtorno também pode ocorrer em pessoas com peso corporal dentro da normalidade, o que exige atenção clínica independentemente do estado nutricional (Taranto; Cota; Travassos, 2025).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do TCAP é realizado por meio de avaliação clínica detalhada, considerando tanto os aspectos comportamentais quanto os emocionais relacionados à alimentação. A identificação do transtorno baseia-se na presença de episódios recorrentes de compulsão alimentar, caracterizados pela ingestão excessiva de alimentos associada à sensação de perda de controle, sem a ocorrência de comportamentos compensatórios. Esses critérios permitem diferenciar o TCAP de outros transtornos alimentares e orientar o processo diagnóstico de forma mais precisa e a frequência e persistência dos episódios compulsivos constituem elementos centrais para a confirmação diagnóstica. (Taranto; Cota; Travassos, 2025; Azevedo; Santos; Fonseca, 2004).

Apesar da existência de critérios diagnósticos bem estabelecidos, o reconhecimento do TCAP ainda apresenta desafios importantes na prática clínica. A dificuldade em definir objetivamente a quantidade de alimento ingerida durante os episódios e a duração exata da compulsão contribuem para incertezas diagnósticas. Nesse contexto, a sensação subjetiva de perda de controle sobre a alimentação é considerada um dos principais elementos para o diagnóstico, sendo frequentemente utilizada como critério clínico central (Azevedo; Santos; Fonseca, 2004).

Além disso, o TCAP é frequentemente subdiagnosticado em razão de fatores como estigma, vergonha e a busca tardia por atendimento especializado. Muitos indivíduos procuram os serviços de saúde motivados principalmente pelo desejo de perda de peso, sem reconhecer ou relatar espontaneamente os episódios de compulsão alimentar. Esse cenário dificulta a identificação precoce do transtorno e pode atrasar a implementação de estratégias terapêuticas adequadas (Macedo *et al.*, 2025).

Como apoio ao processo diagnóstico, instrumentos padronizados têm sido utilizados para auxiliar no rastreamento e na avaliação da gravidade do TCAP. Entre eles, destaca-se a Escala de Compulsão Alimentar Periódica, que possibilita a identificação da frequência e da intensidade dos episódios compulsivos. Embora esses instrumentos não substituam a avaliação clínica realizada por profissionais capacitados, sua utilização, quando associada à entrevista clínica, contribui para um diagnóstico mais preciso e para o planejamento adequado da intervenção terapêutica (Heinkel; Bilibio; Ferreira, 2016; Macedo *et al.*, 2025).

REPERCUSSÕES METABÓLICAS

As repercussões metabólicas provenientes da TCAP decorrem da modificação do núcleo accumbens que eleva a dopamina, conseqüentemente, aumento do apetite, além disso o estímulo da amígdala posterodorsal que aumenta a leptina que regula o peso corporal. Sobretudo, a mudança na atividade do hipotálamo lateral minimiza a ação do GABA, em sequência, ocorre o estímulo excessivo do apetite. Outros aspectos que influenciam são as alterações hormonais como aumento da leptina, o qual age sobre a ingestão de alimentos

e taxa metabólica, redução da grelina que regula a sensação de fome e colecistocinina que controla a ingestão alimentar, favorecendo o surgimento do excesso de peso (Cortez; Araújo; Ribeiro, 2011).

A obesidade é a comorbidade que mais se relaciona ao TCAP, ou seja, ao comportamento compulsivo por conta dos episódios frequentes de ingestão de grandes quantidades de alimentos descontroladamente, acompanhado do sofrimento e falta de atitudes compensatórias. Outro aspecto geralmente ligado à obesidade é a desregulação no comportamento do sono, principalmente, determinado por sua curta duração, que também se vincula à compulsão alimentar nos indivíduos com TCAP. Além disso, a obesidade oriunda do TCAP, por si só, favorece o progresso das complicações clínicas da diabetes mellitus tipo II, hipertensão arterial e doenças cerebrovasculares correlacionados com a síndrome metabólica (SM) (Fusco *et al.*, 2020).

Dessa forma, determinados comportamentos alimentares da TCAP estão conectados com anormalidades metabólicas como comer grandes número de comida em um breve período de tempo tem ligação com a secreção de elevada concentração de insulina. Aliado à hiperinsulinemia, ocorre também elevação do índice de glicemia de jejum, redução da tolerância à glicose e os lipídios séricos encontram-se aumentados. A atitude de comer aceleradamente uma refeição volumosa está ligada a um perfil lipídico anormal e os padrões de refeições desequilibrados estão ligados à SM (Blomquist *et al.*, 2012).

MANEJO NUTRICIONAL

O manejo nutricional da TCAP inclui a prática da educação alimentar e nutricional, estratégia que permite a utilização de vários recursos para o estímulo da independência do paciente na tomada de decisões acertadas para a garantia da qualidade de vida e saúde. Porém, essa intervenção não pode ser aplicada isoladamente, pois as pessoas com TCAP possuem disfunções psiquiátricas, com expressivas modificações cognitivas que prejudicam o eixo corpo-mente. Outra técnica viável é a Terapia Cognitivo-Comportamental, que ensina a autoavaliação para que o indivíduo tenha a capacidade de identificar os pensamentos, crenças e sentimentos subjacentes, bem como os padrões de pensamentos funcionais e adaptativos (Farias; Rosa, 2020).

A terapia nutricional no TCA visa a regulação do hábito alimentar e das sensações de fome e saciedade, redução da diminuição ou interrupção dos eventos de compulsão e a restauração do peso adequado. Todavia, a perda de peso não pode ser objetivo inicial da terapia. Além disso, o registro alimentar é um instrumento de autorregulação, que proporciona um maior domínio sobre a sua alimentação. Sobretudo, o diário alimentar assessora o nutricionista no reconhecimento de gatilhos para a compulsão alimentar e na análise qualitativa e quantitativa do padrão alimentar (AED, 2016; Freitas; Gorenstein; Appolinario, 2002; Pisciolaro *et al.*, 2011;).

Paralelamente, o acompanhamento dos sinais internos que gerenciam a ingestão alimentar no TCAP deve ser realizado pelo nutricionista, uma vez que a alimentação inadequada afeta o manejo dos episódios de compulsão. Nesse sentido, é crucial procurar melhorar a atenção e autonomia o consumo alimentar, mas também uniformização da rotina alimentar, através da distribuição dos alimentos em pelo menos cinco refeições diárias (desjejum, almoço, jantar e lanches intermediários), considerando as necessidades individuais, desviando-se da monotonia e restrições alimentares (SGH, 2019).

O controle do peso corporal e as mudanças na dieta ocorrerão por intermédio da verificação do registro alimentar, pretendendo a escolha adequada de alimentos, privilegiando aqueles com densidade energética mais baixa e que possibilitem maior saciedade. Depois da minimização ou supressão dos quadros de compulsão alimentar, sendo necessário a diminuição de peso corporal, deve-se estipular metas simples para a redução do excesso de peso, com intuito de facilitar a adesão ao planejamento alimentar e atenuar o risco de novas ocorrências de compulsão ligados à restrição alimentar, dessa forma, beneficia a manutenção do peso corporal (Gómez-Candela *et al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram analisados neste capítulo que o TCAP é uma enfermidade presente em indivíduos com obesidade, ligada a alterações psíquicas que refletem no comportamento alimentar e apresenta repercussões metabólicas. Os sinais e sintomas são conhecidos e estão estabelecidos na literatura. Embora os critérios de diagnóstico estejam definidos, existe uma subnotificação devido ao estigma, vergonha e a busca tardia por atendimento especializado pela sociedade.

A terapia nutricional visa a promoção de uma relação positiva com a comida, evitando eventos de compulsão e estimulando escolhas mais adequadas para uma alimentação saudável e equilibrada. Além disso, é crucial a aplicação do registro alimentar no monitoramento dos resultados e na eficácia das intervenções nutricionais. Isso ajuda na análise da evolução do paciente durante o tratamento e da efetividade das estratégias incorporadas para ajustes ou aperfeiçoamento.

Sobretudo, é fundamental destacar que o tratamento da compulsão alimentar é um protocolo complexo e multidisciplinar. Diante disso, a participação do nutricionista no manejo do paciente com TCAP deve estar associada a uma equipe multiprofissional, integrada por médicos, psicólogos, médicos, educadores físicos, entre outros profissionais, cada um com sua atribuição no cuidado desse indivíduo.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- AZEVEDO, Alexandre Pinto de; SANTOS, Cimâni Cristina dos; FONSECA, Dulcineia Cardoso da. Transtorno da compulsão alimentar periódica. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 170-172, 2004.
- BLOMQUIST, Kerstin K. *et al.* Metabolic syndrome in obese men and women with binge eating disorder: developmental trajectories of eating and weight-related behaviors. **Comprehensive psychiatry**, v. 53, n. 7, p. 1021-1027, 2012.
- CORTEZ, Célia Martins; ARAÚJO, E. A.; RIBEIRO, Marta Velasque. Transtorno de compulsão alimentar periódico e obesidade. Binge eating disorder and obesity. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n. 1, p. 94-102, 2011.
- COUTINHO, Walmir Ferreira. Avaliação e tratamento da compulsão alimentar no paciente obeso. **Einstein**, v. 1, p. 49-52, 2006.
- APPOLINÁRIO, José Carlos. Transtorno da compulsão alimentar periódica: uma entidade clínica emergente que responde ao tratamento farmacológico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 75-76, 2004.
- BAUMAN, Zygmunt. Modernidade líquida. **Tradução de Plínio Dentzien**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- FUSCO, Suzimar de Fátima Benato *et al.* Ansiedade, qualidade do sono e compulsão alimentar em adultos com sobrepeso ou obesidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03656, 2020.
- GIEL, K. E. *et al.* Binge eating disorder. **Nature Reviews Disease Primers**, v. 8, n. 1, p. 16, 2022.
- BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- KESSLER, R. C. *et al.* The prevalence and correlates of binge-eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. **Biological Psychiatry**, v. 73, n. 9, p. 904–914, 2013.
- ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M.; TIMERMAN, F.; ANTONACCIO, C. **Nutrição Comportamental**. Barueri: Manole, 2016.
- HEINKEL, T. M.; BILIBIO, B. L. E.; FERREIRA, P. F. Uma revisão bibliográfica sobre o transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP). In: **SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**, 24., 2016, Ijuí. Anais... Ijuí: UNIJUÍ, 2016.

MACEDO, M. C. S. *et al.* Avaliação e diagnóstico da compulsão alimentar: perspectivas clínicas e terapêuticas. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 1, e 5081, 2025.

PADIERNAA, QUINTANA JM, AROSTEGUI I, *et al.* The health-related quality of life in eating disorders. *Qual Life Res* 2000; 9:667–674

SANTOMAURO DF *et al.* The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry* 8, 320–328, doi:S2215-0366(21)00040-7 [pii] (2021).

SPITZER, R.L.;YANOVSKI, S.; WADDEN, T. *et al.*- Binge Eating Disorder: its further validation in a multisite study. *Int J Eat Dis* 13: 137-53, 1993.

TARANTO, M. C.; COTA, S. X. T.; TRAVASSOS, R. A. Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP): a integração entre nutrição e psicologia como estratégia terapêutica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 5, 2025.

TRANSTORNO ALIMENTAR RESTRITIVO EVITATIVO: INTERFACES E DESAFIOS NO MANEJO NUTRICIONAL E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS INTEGRADAS

Adriana Fernandes Soares¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/7462545879608414>

Hiala Layla da Silva Alves²;

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

<http://lattes.cnpq.br/7828222788908027>

Yasmim Helen de Sousa Oliveira³;

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

<https://lattes.cnpq.br/0715888840954685>

Regina Márcia Soares Cavalcante⁴.

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

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

RESUMO: O transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE) é um transtorno alimentar caracterizado por forte seletividade, aversões sensoriais, medo de novos alimentos e falta de interesse pelo comer, sem vínculo com preocupações sobre peso ou forma corporal. Geralmente inicia na infância e adolescência e apresenta maior prevalência no sexo masculino, estando frequentemente associado à ansiedade, depressão, TEA, TDAH e problemas gastrointestinais. Esses fatores contribuem para déficits nutricionais, prejuízos no crescimento, dependência de suplementos e comprometimento do convívio social e familiar. O manejo nutricional é desafiador devido à ingestão limitada e à rejeição de diferentes grupos alimentares, exigindo intervenções individualizadas. Abordagens como o Encadeamento Alimentar, a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia Baseada na Família demonstram bons resultados ao promover a exposição gradual a novos alimentos, reduzir a ansiedade e favorecer mudanças comportamentais. A Educação Alimentar complementa o processo, embora não deva ser utilizada isoladamente. Portanto, o tratamento do TARE requer atuação multidisciplinar contínua entre nutricionistas, profissionais de saúde mental, médicos e família, possibilitando ampliação segura da dieta, correção de deficiências e melhora global do funcionamento psicossocial. Com isso, este capítulo tem como finalidade discutir os principais desafios do manejo nutricional no TARE e apresentar as estratégias terapêuticas integradas que contribuem para uma evolução

clínica mais eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Tare. Estratégias Integradas. Manejo Nutricional.

AVOIDANT/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER: INTERFACES AND CHALLENGES IN NUTRITIONAL MANAGEMENT AND INTEGRATED THERAPEUTIC STRATEGIES

ABSTRACT: ARFID is an eating disorder characterized by strong selectivity, sensory aversions, fear of new foods, and lack of interest in eating, without any connection to concerns about weight or body shape. It usually begins in childhood and adolescence and shows higher prevalence in males, frequently associated with anxiety, depression, ASD, ADHD, and gastrointestinal problems. These factors contribute to nutritional deficiencies, impaired growth, dependence on supplements, and difficulties in social and family interactions. Nutritional management is challenging due to limited intake and rejection of multiple food groups, requiring individualized interventions. Approaches such as Food Chaining, Cognitive-Behavioral Therapy, and Family-Based Therapy show positive outcomes by promoting gradual exposure to new foods, reducing anxiety, and supporting behavioral changes. Nutrition Education complements the process, although it should not be applied in isolation. Therefore, ARFID treatment requires continuous multidisciplinary collaboration among nutritionists, mental health professionals, physicians, and family members, enabling safe dietary expansion, correction of deficiencies, and overall improvement in psychosocial functioning. Thus, this chapter aims to discuss the main challenges of nutritional management in ARFID and to present the integrated therapeutic strategies that contribute to a more effective clinical progression.

KEYWORDS: Arfid. Integrated Strategies. Nutritional Management.

INTRODUÇÃO

De acordo com Cucinotta, Romano e Dipasquale (2023), o TARE (Transtorno de Evitação/Restrição da Ingestão de Alimentos ou Transtorno Restritivo Evitativo da Ingestão de Alimentos) é caracterizado pela dificuldade persistente em se alimentar, que pode incluir falta de interesse pelo comer ou forte evitação alimentar. Esse padrão é grave o suficiente para causar perda de peso, deficiências nutricionais, dependência de suplementos ou alimentação enteral e comprometimento do funcionamento psicossocial, sem estar relacionado à preocupação com peso ou forma corporal.

Antes conhecido como “transtorno de alimentação da primeira infância”, o TARE incluía problemas alimentares definidos em crianças até os 6 anos de idade. Atualmente, não há restrição de idade para o início da doença, podendo acometer crianças, adolescentes e adultos. O transtorno interfere significativamente no funcionamento psicossocial, já que

a alimentação é, culturalmente, uma das formas de socialização. Dessa forma, devido à alimentação extremamente restrita, o indivíduo fica impossibilitado de participar de eventos com família ou amigos, como almoços e viagens, comprometendo seu convívio em sociedade. O TARE é mais frequente na infância e início da adolescência, apresenta maior prevalência no sexo masculino e tende a ter períodos de duração mais longos em comparação à anorexia nervosa e à bulimia nervosa (Lima *et al.*, 2024)

Segundo Martins *et al.* (2025), o TARE está fortemente ligado a diferentes questões, especialmente comorbidades psiquiátricas, como ansiedade, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e distúrbios associados a traumas. Além disso, é comum a conexão com distúrbios do neurodesenvolvimento, especialmente transtorno do espectro autista-TEA, TDAH e sensibilidades sensoriais. Muitos indivíduos afetados também apresentam problemas gastrointestinais, incluindo refluxo, constipação e dor abdominal funcional, além de um histórico de experiências alimentares adversas e evitação sensorial. Essas comorbidades agravam a situação clínica e complicam o tratamento, reforçando a importância de um trabalho em equipe multidisciplinar.

Ademais, o TARE se manifesta dentro de um amplo espectro de problemas alimentares infantis, que podem surgir devido a mudanças em fatores biológicos, motores, sensoriais ou na dinâmica entre cuidador e criança, influenciando tanto a saúde da criança quanto o bem-estar da família (De Toro; Aedo; Urrejola, 2021).

Desse modo, o tratamento do TARE deve ser conduzido por abordagens integradas, uma vez que métodos isolados não são suficientes para lidar com a complexidade do transtorno. Considerando que o TARE abrange fatores neurobiológicos, sensoriais, comportamentais e nutricionais, a intervenção precisa combinar suporte nutricional, terapia comportamental e acompanhamento médico. É importante enfatizar que o nutricionista desempenha um papel crucial na correção de deficiências e na ampliação gradual da dieta, enquanto os terapeutas trabalham estratégias de exposição e redução da ansiedade diante dos alimentos. O acompanhamento médico assegura a estabilidade clínica e o manejo de comorbidades, e a participação ativa da família garante consistência nas práticas alimentares, favorecendo a continuidade do tratamento. Assim, somente uma atuação coordenada entre profissionais e cuidadores possibilita resultados mais eficazes no manejo do TARE (Fonseca *et al.*, 2024).

Consequentemente, o manejo nutricional do TARE é desafiador devido à forte seletividade, medo de novos alimentos e aversões sensoriais, o que dificulta a ampliação da dieta. Também há risco de deficiências nutricionais e, em quadros mais graves, necessidade de suplementos ou alimentação enteral. Por essa razão, o tratamento deve iniciar pelos alimentos “seguros” aceitos pelo indivíduo e utilizar o *Food Chaining*, que consiste em introduzir novos alimentos de forma gradual, escolhendo itens muito semelhantes aos já aceitos, para facilitar a expansão alimentar. Esse processo exige monitoramento contínuo e orientação familiar (Bialek-Dratwa *et al.*, 2022).

A compreensão do TARE e de suas interfaces com outros transtornos é essencial para identificar como esses fatores impactam o manejo nutricional e o cuidado clínico. Considerando que o quadro envolve seletividade alimentar, desafios sensoriais e possíveis comorbidades, torna-se necessário adotar intervenções articuladas que abrangem manejo dietético, educação alimentar, suporte nutricional e participação ativa da família. Com isso, este capítulo tem como finalidade discutir os principais desafios do manejo nutricional no TARE e apresentar as estratégias terapêuticas integradas que contribuem para uma evolução clínica mais eficaz.

CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS DO TARE E OUTROS TRANSTORNOS ALIMENTARES

O transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) é uma condição na qual a pessoa evita ou limita o que come, seja pela quantidade de comida ou pela variedade de alimentos, evitando certos tipos específicos. Essa situação pode resultar em perda de peso, crescimento irregular, carências nutricionais ou até na necessidade de usar sonda ou suplementos para se alimentar. Além disso, o TARE pode impactar a vida social e emocional da pessoa, dificultando sua relação com a alimentação (Kambanis; Thomas, 2023).

Nesse contexto, é importante destacar que, diferentemente de outros transtornos alimentares, o TARE não se manifesta no âmbito de preocupações relevantes como a forma e o peso corporal, nem abrange comportamentos obsessivos relacionados à aparência física, temor de ganhar peso, desejo de emagrecer ou distorção da imagem corporal (Sanchez-Cerezo *et al.*, 2024). O transtorno pode afetar pessoas de todas as idades, porém é mais comum na infância e no começo da adolescência, sendo mais prevalente entre os meninos. Além disso, sua duração costuma ser maior do que a da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. Ademais, há uma associação frequente com a ansiedade generalizada e sensibilidade sensorial, especialmente em crianças no espectro autista, que apresentam dificuldades de aprendizagem ou deficiência cognitiva (Lima *et al.*, 2024).

Considerando essa heterogeneidade de perfis clínicos, compreende-se que o TARE apresenta diferentes manifestações de evitação ou restrição alimentar, as quais se relacionam a distintas fisiopatologias e motivações. De acordo com o DSM-5, três apresentações clínicas principais podem ser observadas: (1) ingestão limitada, caracterizada por falta de interesse geral por comida, baixa motivação para comer ou ausência de apetite; (2) evitação baseada nas propriedades sensoriais dos alimentos, como textura, temperatura ou odor, predominante em indivíduos com sensibilidade sensorial aumentada; e (3) evitação decorrente de experiências aversivas anteriores, como engasgo, vômito ou dor gastrointestinal, que geram respostas de medo relacionadas ao ato de comer. Essas apresentações podem ocorrer de forma isolada ou combinada, impactando significativamente o padrão alimentar, o risco nutricional e a evolução clínica (Alvarenga; Dunker; Philippi, 2020; Bourne *et al.*, 2020; Katzman; Norris; Zuker, 2019).

Em síntese, o TARE possui características distintas que o separam de outros transtornos alimentares, principalmente pela falta de preocupações relacionadas ao peso e à forma corporal. As várias manifestações, que podem incluir elementos sensoriais, emocionais ou experiências aversivas, evidenciam a complexidade do quadro e seus possíveis efeitos na nutrição e na psicologia social. Entender esses fatores é fundamental para o diagnóstico correto do transtorno e para a implementação de intervenções mais eficientes.

DESAFIOS NO MANEJO NUTRICIONAL E NAS INTERFACES TERAPÊUTICAS

O manejo nutricional do TARE apresenta complexidades que se evidenciam nas próprias características do transtorno, como a ingestão de porções muito pequenas, a evitação marcada de determinados alimentos e o desconforto diante de sensações interoceptivas desagradáveis durante as refeições. Muitos indivíduos vivenciam saciedade precoce, baixa fome e ansiedade intensa ao comer, o que reduz de forma significativa a variedade e a quantidade de alimentos consumidos (Zucker *et al.*, 2019). Esses fatores aumentam o risco de perda de peso, deficiências nutricionais e, em casos mais graves, dependência de suplementação ou alimentação por sonda, além de interferirem no funcionamento familiar, social e escolar quando situações alimentares são evitadas ou associadas ao estresse. Diante desse cenário, as intervenções nutricionais precisam ser altamente individualizadas e articuladas com outros profissionais, considerando que a restrição alimentar não está relacionada a preocupações com peso ou forma corporal (Fisher *et al.*, 2014).

Nesse contexto, as deficiências nutricionais representam um dos principais desafios e demandam atenção constante. Pacientes com evitação de alimentos de origem animal, por exemplo, podem apresentar risco elevado de deficiência de vitamina B12, zinco, ferro ou proteína, cada uma associada a manifestações clínicas específicas (Thomas; Eddy, 2019). Ademais, o padrão restritivo típico do transtorno pode afetar tanto os macronutrientes quanto os micronutrientes, mesmo em pessoas com peso normal ou sobrepeso, o que evidencia a necessidade de uma avaliação profissional. Esse cenário é particularmente alarmante em crianças, já que uma alimentação constantemente restrita durante o crescimento pode comprometer o desenvolvimento. Entre as deficiências mais comuns em pessoas com TARE estão as vitaminas do complexo B, vitaminas C e K, além de minerais como zinco e ferro. Além disso, há uma ingestão reduzida de proteínas e energia, o que eleva o risco de desnutrição ao longo do tempo (Kurz *et al.*, 2015; Schmidt *et al.*, 2021).

Quando a variedade e a quantidade de alimentos tornam-se extremamente reduzidas, muitos pacientes passam a depender de suplementos nutricionais orais e, em casos mais severos, podem necessitar de alimentação enteral (Associação Psiquiátrica Americana, 2013). As exclusões alimentares específicas tendem a gerar deficiências igualmente específicas, de acordo com os grupos retirados da dieta (Brigham *et al.*, 2018). Como consequência, os pacientes podem apresentar sintomas de desnutrição aguda como

fadiga, tontura e desmaios e também sinais de desnutrição crônica, incluindo dor abdominal, constipação, intolerância ao frio, amenorreia, pele seca e queda de cabelo. No exame clínico, esses quadros costumam se manifestar por sinais como caquexia, hipotermia, bradicardia, taquicardia ortostática, hipotensão, distensão abdominal, lanugo e palidez, evidenciando o impacto sistêmico da restrição alimentar (Mammel; Ornstein, 2017).

Para além das repercussões nutricionais e clínicas, os padrões alimentares seletivos e restritos do TARE também prejudicam o desenvolvimento social e emocional, aumentando o estresse e os conflitos familiares relacionados à alimentação. Esse quadro está associado a maior risco de distúrbios do neurodesenvolvimento, problemas de comportamento e transtornos de conduta. A gravidade do TARE, especialmente quando há medo intenso de consequências negativas ao comer, relaciona-se ainda a níveis mais elevados de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos ligados ao trauma (Fonseca *et al.*, 2024). Diante desse conjunto de impactos, torna-se evidente que o manejo do TARE exige uma abordagem terapêutica abrangente e multidisciplinar, capaz de considerar simultaneamente as necessidades nutricionais, emocionais e comportamentais do indivíduo, assegurando intervenções mais eficazes e promovendo maior qualidade de vida.

ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS INTEGRADAS NO CUIDADO: MANEJO DIETÉTICO, EDUCAÇÃO ALIMENTAR E SUPORTE NUTRICIONAL

O tratamento do TARE exige uma abordagem multidisciplinar, na qual estratégias integradas de manejo dietético, educação alimentar e suporte nutricional desempenham um papel fundamental. Dentro desse conjunto de intervenções, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se destaca como um recurso central, pois atua diretamente nos fatores emocionais e comportamentais que sustentam a seletividade e a evitação alimentar (Howard *et al.*, 2023). Geralmente conduzida ao longo de 20 a 30 sessões, a TCC é organizada em etapas que incluem exposição gradual a novos alimentos, orientações educativas sobre alimentação, técnicas de regulação da ansiedade e envolvimento da família. Essa integração entre intervenção psicológica e cuidado nutricional permite que o paciente avance de forma segura na ampliação do repertório alimentar, fortaleça sua autonomia e receba um suporte nutricional mais efetivo, reduzindo progressivamente os impactos do transtorno (Nocerino *et al.*, 2024).

Além da intervenção psicológica, o manejo dietético torna-se um componente essencial do cuidado, especialmente porque muitos pacientes com TARE chegam ao nutricionista ainda na fase inicial da investigação (Norris *et al.*, 2016). Por isso, o profissional precisa reconhecer os sinais do transtorno e evitar intervenções precipitadas, como tentar substituir os “alimentos seguros”, mesmo quando são ultraprocessados. Essa postura pode aumentar a recusa alimentar e levar o paciente à fome. Assim, os alimentos seguros devem ser aceitos como ponto de partida pela família, escola e equipe de saúde, permitindo que estratégias progressivas como o Encadeamento Alimentar sejam aplicadas de forma

gradual e segura, favorecendo a ampliação do repertório alimentar ao longo do tratamento (Fraker *et al.*, 2007).

Nesse processo, a educação alimentar e nutricional (EAN) desempenha um papel essencial ao complementar o manejo da dieta e apoiar a intervenção cognitivo-comportamental. Quando aplicada de maneira integrada, a EAN possibilita que o nutricionista utilize métodos e ferramentas que promovem o desenvolvimento de habilidades pessoais, como o *empowerment*. Isso ajuda o paciente a entender sua alimentação, diminuir crenças distorcidas e fazer escolhas mais saudáveis. (Alvarenga, 2017; Greenwood; Fonseca, 2016). No entanto, em virtude das mudanças cognitivas e comportamentais que definem o TARE, como medo, ansiedade e intensa evitação alimentar, a EAN não deve ser utilizada de forma isolada. Portanto, seu uso deve ser combinado com outras estratégias terapêuticas para garantir intervenções mais seguras, graduais e apropriadas para a complexidade do transtorno. (Alvarenga, 2017; Latterza, 2004).

Por fim, a terapia baseada na família (TCF), usada principalmente em adolescentes com anorexia e bulimia, foca em capacitar os cuidadores para modificar comportamentos alimentares em ambiente ambulatorial. Adaptada para o TARE (FBT-TARE), essa abordagem demonstra resultados positivos: casos relatados por Lock *et al.* (2018) mostraram ganho de peso, maior variedade alimentar e redução da ansiedade em pré-adolescentes, indicando que a participação ativa da família pode favorecer a recuperação diante das particularidades desse transtorno (Fonseca *et al.*, 2024). Desse modo, ao integrar esforços entre família, nutricionistas e profissionais da saúde mental, torna-se possível construir um cuidado mais completo, contínuo e sensível às necessidades do paciente, permitindo avanços mais consistentes e sustentáveis no tratamento do TARE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências demonstraram que o TARE é um transtorno complexo, marcado por seletividade intensa, aversões sensoriais, experiências alimentares negativas e frequente associação com comorbidades psiquiátricas e do neurodesenvolvimento. Essas características reforçam que o manejo nutricional não pode ser conduzido de forma isolada, uma vez que a restrição alimentar acarreta riscos clínicos significativos, impacta o crescimento e o desenvolvimento, afeta o convívio social e interfere diretamente na qualidade de vida do indivíduo e de sua família.

Diante desses desafios, torna-se imprescindível a adoção de estratégias terapêuticas integradas que combinem manejo dietético, educação alimentar, suporte nutricional e intervenções psicoterapêuticas. Abordagens como o Encadeamento Alimentar, a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia Baseada na Família demonstram eficácia ao promover a exposição gradual a novos alimentos, reduzir a ansiedade relacionada ao comer e favorecer mudanças comportamentais sustentáveis. A educação alimentar, quando aplicada de forma articulada, contribui para o desenvolvimento de habilidades e

maior compreensão sobre o processo alimentar, embora não deva ser utilizada de maneira isolada devido à complexidade do transtorno.

Assim, o cuidado no TARE se fortalece quando ocorre de maneira colaborativa, envolvendo a equipe multiprofissional e a participação ativa da família. Essa integração permite construir intervenções sensíveis, progressivas e individualizadas, capazes de promover ampliação segura da dieta, correção de deficiências nutricionais e melhora global do funcionamento psicossocial. Dessa forma, uma abordagem interdisciplinar contínua constitui o caminho mais eficaz para resultados clínicos duradouros, garantindo um tratamento mais humanizado e centrado nas necessidades reais do paciente.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Marle dos Santos; DUNKER, Karin Louise Lenz; PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Transtornos alimentares e nutrição: da prevenção ao tratamento**. Barueri: Manoele, 2020.

ALVARENGA, M. S. Abordagens no Transtorno Alimentar – Anorexia, Bulimia, Compulsão Alimentar Não Especificado. In: TRECCO, Sônia. **Educação alimentar e nutricional: da teoria à prática**. Vila Mariana, SP: Roca, 2017. p. 193-199.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. American Psychiatric Association, 2013.

BIAŁEK-DRATWA, A. *et al.* ARFID—Strategies for Dietary Management in Children. **Nutrients**, v. 14, n. 1739, 2022.

BRIGHAM, Kathryn S. *et al.* Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adolescents. **Current Pediatrics Reports**, v. 6, n. 2, p. 107–113, 2018.

CUCINOTTA, U.; ROMANO, C.; DIPASQUALE, V. A systematic review to manage avoidant/restrictive food intake disorders in pediatric gastroenterological practice. **Healthcare**, v. 11, n. 2245, 2023.

DE TORO, Valeria; AEDO, Karina; URREJOLA, Pascuala. Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber. **Andes Pediatr**, v. 92, n. 2, p. 298–307, 2021.

FISHER, M. M. *et al.* Características do Transtorno Alimentar Evitativo/Restritivo em Crianças e Adolescentes. **Journal of Adolescent Health**, v. 55, p. 49-52, 2014.

FONSECA, Natasha K. O. *et al.* Avoidant restrictive food intake disorder: recent advances

in neurobiology and treatment. **Journal of Eating Disorders**, v. 12, n. 1, 2024.

FRAKER, C.; FISHBEIN, M.; WALBERT, L.; COX, S. **Encadeamento alimentar: o plano comprovado de 6 passos para acabar com a seletividade alimentar**. Boston, MA: Da Capo Press, 2007.

HOWARD, Maxine *et al.* Cognitive behaviour therapy (CBT) as a psychological intervention in the treatment of ARFID. **The Cognitive Behaviour Therapist**, v. 16, p. e5, 2023.

KAMBANIS, P. Evelyn; THOMAS, Jennifer J. Assessment and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. **Current Psychiatry Reports**, v. 25, n. 2, p. 53–64, 2023.

KURZ, S.; VAN DYCK, Z.; DREMMEL, D.; MUNSCH, S.; HILBERT, A. Distúrbios alimentares restritivos de início precoce. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 24, p. 779-785, 2015.

LATTERZA, Andréa Romero *et al.* Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 173-176, 2004.

LIMA, Letícia Vitória do Nascimento *et al.* ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ARFID. **Revista Brasileira de Implantologia e Ciências da Saúde**, v. 6, n. 8, 2024.

LIMA, L. V. N. *et al.* Aspectos clínicos e epidemiológicos do transtorno alimentar restritivo/evitativo. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, 2024.

MAMMEL, Kathleen A.; ORNSTEIN, Rollyn M. Avoidant/restrictive food intake disorder. **Current Opinion in Pediatrics**, v. 29, n. 4, p. 407–413, 2017.

MARTINS, S.; SILVA, R.; OLIVEIRA, L.; *et al.* ARFID: A Comprehensive Review. **Nutrients**, v. 17, n. 3197, 2025.

NOCERINO, Rita *et al.* Development and Management of ARFID in Pediatric Patients with Food Allergy. **Nutrients**, v. 16, n. 17, p. 3034, 2024.

NORRIS, M.; SPETTIGUE, W.; KATZMAN, D. Atualização sobre transtornos alimentares. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 12, p. 213-218, 2016.

SANCHEZ-CEREZO, Javier *et al.* Subtipos de transtorno alimentar restritivo/evitativo. **e Clinical Medicine**, v. 68, p. 102440, 2024.

SCHMIDT, R. *et al.* Ingestão de macro e micronutrientes em crianças com ARFID. **Nutrients**, v. 13, p. 400, 2021.

THOMAS, J. J.; EDDY, K. T. **Terapia cognitivo-comportamental para ARFID**. Cambridge University Press, 2019.

ZUCKER, N. L. *et al.* Feeling and body investigators (FBI): ARFID division. **International Journal of Eating Disorders**, v. 52, p. 466–472, 2019.

ÍNDICE REMISSIVO

A

acompanhamento multiprofissional · 55
alterações fisiológicas · 5, 11
alterações gastrointestinais · 43, 44, 49, 50
alterações neurobiológicas · 5
anorexia nervosa · 7, 9, 11, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 45, 69, 71
Anorexia nervosa · 2, 22, 25, 36, 38, 39, 40, 41
ansiedade · 3, 7, 10, 25, 31, 32, 43, 46, 54, 57, 58, 59, 67, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 76
atividade física · 27, 42, 46
autolesão · 43, 45
avanços tecnológicos · 2

B

bulimia · 2, 7, 9, 11, 18, 20, 21, 31, 36, 38, 40, 42, 44, 50, 51, 52, 53, 69, 71, 75

C

comida · 43, 49, 61, 63, 71, 72
comorbidades · 3, 5, 9, 16, 25, 31, 32, 39, 45, 69, 70, 71, 76
complexidade clínica · 2
comportamento suicida · 43
comportamentos compensatórios · 7, 8, 27, 33, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 54, 56, 58, 59
comportamentos purgativos · 5, 15, 45, 48
compulsão alimentar · 5, 7, 10, 11, 15, 27, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65
condições mentais graves · 5, 6

D

depressão · 3, 7, 10, 25, 31, 32, 43, 46, 54, 58, 67, 69
desnutrição · 5, 8, 11, 25, 30, 32, 33, 73
diabetes mellitus · 55, 56, 61
diagnóstico precoce · 3, 8
distorção da imagem corporal · 11, 24, 26, 33, 50, 71
distúrbios hidroeletrólíticos · 42
diuréticos · 27, 31, 42, 44, 46, 47, 50
doenças · 2, 3, 35, 55, 61
dopaminérgico · 5, 12
DSM-5 · 17, 24, 25, 26, 27, 29, 40, 52, 64, 72

E

educação alimentar · 32, 55, 57, 61, 71, 74, 75, 76
equipe multiprofissional · 34, 43, 50, 63, 76
estética corporal · 5
evolução clínica · 68, 71, 72

F

falta de controle · 7, 42, 58

fatores ambientais · 5, 12

fatores biológicos · 9, 28, 35, 42, 45, 70

fatores genéticos · 5, 24, 27

fatores mantenedores · 5, 11

fatores precipitantes · 5, 11

fatores predisponentes · 5, 9

fatores psicossociais · 5, 9, 16

fenômeno multifatorial · 2

fome fisiológica · 54, 58

G

ganho de peso · 8, 14, 34, 44, 47, 54, 75

H

hábitos alimentares · 5, 7, 43

hiperconectividade · 2

I

ingestão de alimentos · 5, 7, 61

intervenção nutricional · 43, 50

J

jejum · 14, 27, 42, 44, 47, 48, 61

L

laxantes · 27, 31, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 50

M

manejo nutricional · 55, 57, 61, 67, 70, 72, 76

mídias digitais · 25

morbidade · 2, 44

morbimortalidade · 35, 43

multifatorialidade · 5

N

nutrição comportamental · 55, 57

nutricionista · 33, 43, 48, 49, 50, 62, 63, 70, 75

O

obesidade · 9, 13, 54, 57, 59, 61, 63, 64, 65

P

padrões corporais · 2, 11

perfeccionismo · 9, 24, 27, 31, 33

políticas públicas · 3, 8

prevenção · 3, 17, 25, 33, 46, 77

profissionais de saúde · 3, 28, 67

propensão genética · 5

psicoterapia · 25, 32, 49, 50

Q

qualidade de vida · 3, 8, 17, 43, 51, 55, 57, 58, 59, 62, 74, 76

R

relevância epidemiológica · 2, 28

restrição alimentar · 5, 11, 15, 16, 24, 27, 48, 63, 72, 73, 76

S

saúde bucal · 43, 44, 49

saúde física · 2, 7, 30, 50

saúde pública · 2, 3, 7, 8, 17, 29, 46, 54, 56

saúde pública mundial · 2

serotoninérgico · 5, 12, 13

síndrome metabólica · 54, 61

sistema público de saúde · 2

sistemas de saúde · 3

sofrimento emocional · 54, 58

suporte médico · 43

T

TARE · 8, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76

taxas de morbimortalidade · 25, 28

TCAP · 7, 10, 12, 13, 14, 16, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65

terapêutica · 2, 60, 66, 74

Terapia Baseada na Família · 67, 76

terapia cognitivo-comportamental · 25, 31, 55

Terapia Cognitivo-Comportamental · 62, 67, 74, 76

traços obsessivo-compulsivos · 24

transtorno alimentar restritivo evitativo · 67

transtorno da compulsão alimentar · 2, 10, 54, 56, 65

transtornos · 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 28, 29, 31, 32, 36, 37, 40, 45, 52, 56, 58, 59, 70, 71, 72, 74, 78, 79

transtornos alimentares · 2, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 20, 21, 22, 37, 40, 45, 52, 56, 58, 59, 71, 72, 78, 79

transtornos psiquiátricos · 2, 9, 25, 28, 29

V

valorização da magreza · 5, 11, 29



contato@editoraomnisscientia.com.br 

https://editoraomnisscientia.com.br/ 

@editora_omnis_scientia 

https://www.facebook.com/omnis.scientia.9 

+55 87 99920-5762 



contato@editoraomnisscientia.com.br 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 87 99920-5762 