



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 2



TRANSTORNOS ALIMENTARES:

**Compreendendo a Complexidade e
Importância da Abordagem Multiprofissional**

Organizadores:

Regina Márcia Soares Cavalcante

Paulo Víctor de Lima Sousa

Maria Rita Elias Melo

Pedro Cicero de Sousa



Volume 2

Editora Omnis Scientia

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

Volume 2

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 2 [recurso eletrônico] / organizadores Regina Márcia Soares Cavalcante ... [et al.]. — 1. ed. — Recife : Omnis Scientia, 2026.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-284-0515-2

DOI: 10.47094/978-65-284-0515-2

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-3107262/2

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

Atualmente, os transtornos alimentares tem se mostrado como um dos mais complexos desafios em saúde pública, pela sua composição multifatorial, atravessando dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais. Dentro de uma realidade marcada pela valorização estética, pelo acesso ampliado à informação, muitas vezes comprometida pela falta de qualidade, e por mudanças nos padrões alimentares, estes transtornos emergem com crescente importância clínica e epidemiológica, exigindo abordagens interdisciplinares, sensíveis e baseadas em evidências confiáveis.

Nesse contexto, a presente obra reúne contribuições fundamentais que dialogam entre si ao abordar, de forma integrada, diferentes aspectos do cuidado aos indivíduos acometidos por transtornos alimentares. Primeiramente são discutidas as principais deficiências de micronutrientes, nos direcionando a um olhar mais atencioso sobre uma dimensão frequentemente subestimada, evidenciando as carências nutricionais específicas como agravantes dos quadros clínicos, impactando funções metabólicas e comprometendo a recuperação. Trata-se de um convite à reflexão sobre a importância da avaliação nutricional minuciosa e do manejo individualizado.

Em seguida, a abordagem da alimentação intuitiva e do *mindful eating*, chama atenção para estas desordens, especialmente no contexto das doenças crônicas não transmissíveis. Ao resgatar a conexão entre corpo, mente e alimentação, essas estratégias ampliam o olhar terapêutico, promovendo autonomia, consciência alimentar e uma relação mais saudável com o comer, rompendo com modelos restritivos e, muitas vezes, iatrogênicos.

Outro ponto abordado é o uso de psicofármacos no tratamento dos transtornos alimentares, que é explorado com a devida complexidade, considerando indicações, limitações e os cuidados necessários na prática clínica. Este tema dialoga diretamente com os capítulos que abordam o papel da psicologia e da psiquiatria, destacando a centralidade das terapias cognitivas e comportamentais e a importância do manejo das comorbidades psiquiátricas. A integração entre essas áreas evidencia que o tratamento eficaz não se limita ao controle dos sintomas alimentares, mas envolve a compreensão profunda dos fatores emocionais, cognitivos e neurobiológicos subjacentes.

Logo, o livro não apenas faz a sistematização de conhecimentos atualizados, mas também reforça a importância de um cuidado multiprofissional, ético e centrado no paciente, respeitando toda sua individualidade. Ao percorrer seus capítulos, o leitor é convidado a ampliar sua compreensão, aprimorar sua prática e, sobretudo, reconhecer que o enfrentamento dos transtornos alimentares requer sensibilidade, ciência e compromisso com a integralidade do ser humano.

Boa Leitura.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....9

ALIMENTAÇÃO INTUITIVA E MINDFUL EATING COMO ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

Maria Helena de Moura Lira

Ana Vívian de Moura Gonçalves

Luana de Sousa Santos

Regina Márcia Soares Cavalcante

DOI: 10.47094/978-65-284-0515-2/9-16

CAPÍTULO 2.....17

PRINCIPAIS DEFICIÊNCIAS DE MICRONUTRIENTES NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Amanda Vitória Leal Ramos

Anna Alice de Paiva Leal

Clarice da Silva Costa

Maria Clara de Alencar Ferreira Costa

Regina Márcia Soares Cavalcante

DOI: 10.47094/978-65-284-0515-2/17-29

CAPÍTULO 3.....30

USO DE PSICOFÁRMACOS NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Enzo Barbosa Castro

Nayron Micael da Silva Santos

Pedro Cícero de Sousa

Regina Márcia Soares Cavalcante

DOI: 10.47094/978-65-284-0515-2/30-42

CAPÍTULO 4.....43

**O PAPEL DA PSICOLOGIA NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES:
TERAPIAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS**

Anna Júlia de Moraes Brauna

Maijane Luar Mendonça de Sousa

Paulo Vítor de Lima Sousa

Larissa Milhomem de Sousa

DOI: 10.47094/978-65-284-0515-2/43-53

CAPÍTULO 5.....54

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

Gabriel Vitor de Sousa

Lilyan Moura Sousa Silva

Lívia Penha Albuquerque Pierre

Maria Clara Rocha

Pedro Cosme Nogueira

Angela Karynne Silva Barbosa

Bianka Amorim de Macedo

Maria Erika dos Santos Medeiros

Paulo Vítor de Lima Sousa

Felipe Santana Rodrigues

DOI: 10.47094/978-65-284-0515-2/54-66

ALIMENTAÇÃO INTUITIVA E MINDFUL EATING COMO ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

Maria Helena de Moura Lira¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/1508155567710658>

Ana Vívian de Moura Gonçalves²;

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

<http://lattes.cnpq.br/9525012668563220>

Luana de Sousa Santos³;

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

<http://lattes.cnpq.br/3013697314120996>

Regina Márcia Soares Cavalcante⁴.

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

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

RESUMO: O capítulo atual explora a Alimentação Intuitiva e o Mindful Eating como métodos terapêuticos no suporte nutricional, sublinhando sua importância diante das transformações no hábito alimentar moderno, que é caracterizado pela pressa, pela automatização do ato de comer e pela desconexão dos sinais do corpo. Analisa-se o contexto sociocultural que favorece hábitos alimentares descuidados, influenciados por padrões estéticos, excesso de informações contraditórias e pela cultura da produtividade, impactando diretamente a saúde física e mental dos indivíduos. São discutidos os princípios da Alimentação Intuitiva, enfatizando aspectos como a rejeição da cultura de dieta, a valorização dos sinais naturais de fome e saciedade, a liberação incondicional para comer e a confiança na autorregulação do corpo como um processo biológico e legítimo. O Mindful Eating é apresentado como uma prática de atenção plena durante a alimentação, destacando seus elementos centrais: consciência, aceitação e ausência de julgamentos e seus impactos positivos na regulação emocional, na melhoria dos hábitos alimentares e nos mecanismos neurobiológicos que influenciam o comportamento alimentar. Além disso, aborda-se a aplicação prática dessas metodologias no tratamento da obesidade, dos distúrbios alimentares e das doenças crônicas não transmissíveis, evidenciando seu potencial para promover autonomia alimentar, reduzir o comer emocional e fortalecer uma relação mais equilibrada, consciente e sustentável com a comida.

PALAVRAS-CHAVE: Alimentação consciente. Comer intuitivo. Saúde mental.

INTUITIVE EATING AND MINDFUL EATING AS TREATMENT STRATEGIES FOR CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES

ABSTRACT: This chapter explores Intuitive Eating and Mindful Eating as therapeutic methods in nutritional support, highlighting their importance in the face of transformations in modern eating habits, characterized by haste, the automatization of eating, and disconnection from bodily signals. It analyzes the sociocultural context that favors careless eating habits, influenced by aesthetic standards, an excess of contradictory information, and a culture of productivity, directly impacting the physical and mental health of individuals. The principles of Intuitive Eating are discussed, emphasizing aspects such as the rejection of diet culture, the appreciation of natural hunger and satiety signals, unconditional freedom to eat, and trust in the body's self-regulation as a legitimate biological process. Mindful Eating is presented as a practice of full attention during eating, highlighting its central elements awareness, acceptance, and absence of judgment and its positive impacts on emotional regulation, improvement of eating habits, and the neurobiological mechanisms that influence eating behavior. Furthermore, the practical application of these methodologies in the treatment of obesity, eating disorders, and non-communicable chronic diseases is discussed, highlighting their potential to promote food autonomy, reduce emotional eating, and strengthen a more balanced, conscious, and sustainable relationship with food.

KEYWORDS: Mindful Eating. Intuitive Eating. Mental Health.

INTRODUÇÃO

Atualmente, habitamos um mundo em que o ritmo de vida é acelerado e a percepção de escassez de tempo é incessante (Brito, 2018). Com diversas alterações nos aspectos sociais, econômicos e culturais da sociedade, a relação com a alimentação também passou por mudanças significativas (Fonseca *et al.*, 2011).

Acompanhando o compasso acelerado da sociedade, o processo de alimentação tornou-se associado à rapidez, pois o ato de comer se torna cada vez mais distraído e desconectado do momento da refeição. Nesse contexto, existe um afastamento em relação ao alimento e uma falta de consciência sobre sua procedência e produção, o que pode resultar em efeitos prejudiciais à nossa saúde (Antonaccio; Figueiredo, 2018).

Nessa perspectiva, duas abordagens vêm ganhando destaque no cenário da alimentação e nutrição: a *Mindful Eating*-ME e o *Intuitive Eating*-IE. O *Mindful Eating* (ME), cuja tradução livre é “atenção plena ao comer”, refere-se a prática que direciona uma atenção consciente e acolhedora ao ato de se alimentar.

De acordo com Bays (2009), o ME consiste na habilidade de trazer uma atenção amorosa para todo o processo de comer, na qual os indivíduos estão atentos ao sabor dos alimentos, textura, sem julgamentos. A ideia descrita pelo autor é que o ato de comer seja feito com atenção plena às sensações, sentimentos e pensamentos relacionados à presença ou ausência da fome, tanto física quanto emocional.

Nesse contexto, a IE, refere-se ao método que busca unir a mente, o corpo e a alimentação, onde a pessoa deve se alimentar principalmente com base em seus sinais físicos de fome e saciedade. Para isso, é fundamental estabelecer uma conexão com as indicações internas do organismo (Cadena; López, 2015). Os principais elementos dessa abordagem de alimentação intuitiva incluem: a permissão total para se alimentar; o ato de comer motivado por razões físicas e não emocionais, e a confiança no próprio corpo e em seus sinais de fome e saciedade para decidir quando e quanto consumir (Job; Oliveira, 2019).

Essas duas estratégias, além de serem aplicadas para o manejo de transtornos alimentares, também são utilizadas na clínica para o tratamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) e obesidade, priorizando não apenas a prescrição dietética, mas, sobretudo, todo os aspectos o contexto comportamental. Ambas as condições possuem elementos comportamentais, emocionais e sociais, estando ligadas a padrões alimentares disfuncionais, estresse crônico e dificuldades na autorregulação emocional, além de se associarem ao aumento de sintomas de ansiedade, depressão e sofrimento psicológico (Monteiro *et al.*, 2019).

ALIMENTAÇÃO INTUITIVA

A alimentação intuitiva é um conceito discreto, frequentemente utilizado como sinônimo de alimentação consciente. Esse termo foi proposto por duas nutricionistas registradas nos EUA em 1995, que desenvolveram dez princípios da alimentação intuitiva, entre os quais se destacam a rejeição da cultura da dieta, o desencorajamento de classificar os alimentos como “bons” ou “ruins”, o reconhecimento e valorização dos sinais de fome e a busca da satisfação através da ingestão de alimentos (Mathieu, 2009).

A alimentação intuitiva pode ser compreendida como um padrão de ingestão que tem como base a escuta e adaptação aos sinais fisiológicos de fome, saciedade e bem estar que são emitidos de forma natural pelo organismo. Esse conceito também se relaciona a outras denominações presentes na literatura, um exemplo disso é a alimentação consciente (Akay, 2016).

Tanto a alimentação consciente quanto a alimentação intuitiva fundamentam-se na orientação da ingestão alimentar a partir de sinais internos. Entretanto, a alimentação intuitiva não inclui, necessariamente, a prática de meditação como componente de sua abordagem (Anderson, 2015).

O comer intuitivo foi estruturado em princípios que trata sobre a rejeição da mentalidade de dieta, reconhecer e atender os sinais de fome, estabelecer uma relação de aceitação dos alimentos, questionar o “policia alimentar” interno, considerar os sinais de saciedade, identificar e valorizar o fator de satisfação, lidar com as emoções sem utilizar a comida como principal estratégia, respeitar o corpo e suas características genéticas, praticar atividade física de forma prazerosa e cuidar da saúde por meio de uma nutrição gentil (Tribole; Resch, 2012).

Tribole e Resch (2012) indicam que indivíduos que adotam a alimentação intuitiva tendem a apresentar diminuição no controle da ingestão de alimentos específicos e apresentam um aumento na capacidade de se alimentar em resposta aos sinais de fome, bem como de interromper a ingestão ao atingir a saciedade. De acordo com as autoras, observa-se, assim, uma integração entre as necessidades fisiológicas do organismo e as escolhas alimentares, as quais, em geral, mostram-se mais adequadas do ponto de vista da saúde e contribuem para a manutenção do peso corporal (Tribole; Resch, 2012).

O fator fisiológico configura-se como uma das premissas da alimentação intuitiva, é compreendido como um padrão alimentar no qual o indivíduo é orientado a seguir predominantemente as necessidades fisiológicas e nutricionais, em detrimento de razões emocionais ou ambientais (Sairanen *et al.*, 2015). Dessa forma, a alimentação intuitiva parte do pressuposto de que o organismo apresenta a capacidade de autorregular suas demandas energéticas, emitindo sinais que orientam a ingestão dos tipos e das quantidades de alimentos que são necessários para à manutenção da saúde e do peso corporal, os sinais fisiológicos são comumente sintetizados pela orientação de “comer quando houver fome e interromper a ingestão ao alcançar a saciedade” (Van; Drinkwater, 2014).

MINDFUL EATING

A prática da atenção plena tem suas raízes em tradições contemplativas do Oriente, particularmente no budismo, e foi estruturada no âmbito científico ocidental, especialmente por meio das pesquisas de Jon Kabat-Zinn. De modo geral, a atenção plena se refere à habilidade de focar, de maneira consciente, no aqui e agora, adotando uma postura de aceitação e sem julgamentos. Essa técnica consiste em perceber pensamentos, sentimentos e sensações físicas à medida que aparecem, sem a intenção de reprimi-los ou alterá-los, promovendo uma melhor regulação emocional e maior consciência das próprias ações (Kabat-zinn, 2003; Bishop *et al.*, 2004).

Neste cenário, a prática do *ME* aparece como a implementação dos conceitos de atenção plena no momento de se alimentar. É uma metodologia que motiva a pessoa a estar completamente atenta enquanto come, percebendo os sinais internos de fome e de saciedade, assim como as reações emocionais, mentais e sensoriais ligadas à comida. O *ME* sugere uma transição do padrão automático de alimentação para uma conexão mais consciente com os alimentos, levando em conta fatores como gosto, textura, cheiro,

velocidade da mastigação e as sensações do corpo antes, durante e após a refeição (kristeller; Wolin, 2014; Warren *et al.*, 2017).

Os principais elementos do *ME* são a consciência, a aceitação e a ausência de julgamentos. A consciência diz respeito a notar os sinais corporais de fome e saciedade, além de reconhecer gatilhos emocionais e fatores ambientais que afetam as decisões alimentares. A aceitação envolve a disposição de aceitar pensamentos, sentimentos e ações relacionadas à alimentação sem lutar contra eles, vendo-os como parte da experiência humana. Por sua vez, a ausência de julgamentos significa abrir mão de avaliações morais sobre os alimentos e os hábitos alimentares, como “saudável” ou “não saudável”, diminuindo sentimentos de culpa e vergonha ligados à alimentação. Esses aspectos promovem uma conexão mais saudável e flexível com a comida, beneficiando tanto o bem-estar físico quanto o psicológico (Albers, 2010; kristeller *et al.*, 2019).

Dessa maneira, as técnicas de atenção plena não apenas estabelecem uma relação mais profunda com a comida em suas diversas dimensões, mas também estimulam áreas do cérebro como o hipocampo e a ínsula. Por meio da meditação mindfulness, essas regiões são ativadas, desempenhando papéis cruciais nos processos de aprendizado, memória, controle das emoções e reflexão sobre si mesmo. Isso possibilita que a pessoa reaja de maneira menos impulsiva ao comer, respondendo de forma adequada a certas situações e sentimentos, evitando excessos e compulsões (Higgs *et al.*, 2017; Peitz *et al.*, 2021).

ALIMENTAÇÃO INTUITIVA E MINDFUL EATING NO TRATAMENTO CLÍNICO

Diante do crescimento expressivo da obesidade, dos transtornos alimentares e das DCNT, torna-se evidente a necessidade de abordagens terapêuticas que não foquem exclusivamente na prescrição dietética (WHO, 2022). Nesse contexto, a Alimentação Intuitiva e o *Mindful Eating* surgem como estratégias capazes de promover mudanças no comportamento alimentar.

Essas abordagens se distinguem dos modelos convencionais ao não priorizarem a restrição alimentar, mas sim na criação de uma relação mais consciente e respeitosa com a comida. Ao mudar o foco do controle externo para a autorregulação, a IE e o ME ajudam a diminuir a culpa relacionada ao ato de comer, promovendo mais autonomia alimentar e reduzindo a internalização de regras dietéticas rígidas, que costumam ser comuns em pessoas com histórico de dietas restritivas (Burnette *et al.*, 2023).

Na prática clínica, a combinação da IE e AE requer uma abordagem multiprofissional e uma escuta atenta do nutricionista, que deixa de ser apenas um prescritor para se tornar um facilitador do processo de reconexão do indivíduo com seus sinais internos. Essa alteração expande o escopo do cuidado nutricional e reforça a independência do paciente no processo terapêutico (Penaforte, 2021).

No tratamento da obesidade, essas estratégias contribuem para a redução do comer automático e da fome emocional, favorecendo, de certa forma, uma maior adesão ao cuidado nutricional.

Estudos integrativos demonstram que intervenções baseadas em mindfulness, ME e IE reduzem o comer emocional, o comer guiado por fatores externos e episódios de alimentação impulsiva em indivíduos com sobrepeso e obesidade, ainda que os efeitos sobre perda de peso em si sejam inconsistentes (Barbosa *et al.*, 2020).

Em relação aos transtornos alimentares, essas estratégias também demonstraram efeitos promissores. A literatura aponta que tanto o ME quanto o IE, repercutiram positivamente no tratamento de transtornos alimentares sendo relatadas como estratégias que favorecem a mudança de comportamento alimentar ao considerar aspectos fisiológicos, psicológicos e emocionais do indivíduo (Catão; Tavares, 2017).

No contexto das DCNTs, abordagens como ME e IE têm demonstrado potencial para favorecer o autocuidado alimentar, a adesão ao tratamento e escolhas alimentares mais conscientes.

Fauziyyah *et al.* (2025) ressaltam que práticas de ME estão associadas a melhor ingestão dietética, incluindo aumento no consumo de alimentos nutritivos e maior consciência sobre as escolhas alimentares, o que pode ajudar na prevenção de fatores de risco para DCNTs, como obesidade, dislipidemias e descontrole glicêmico.

Dessa forma, é possível observar que essas abordagens favorecem não apenas a melhora de parâmetros clínicos, mas também aspectos comportamentais e emocionais relacionados à alimentação, contribuindo para um cuidado nutricional mais integrado e uma melhor qualidade de vida (Iaccarino Idelson *et al.*, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Alimentação Intuitiva e o *Mindful Eating* configuram-se como abordagens significativas, especialmente no contexto da saúde mental, ao promoverem uma mudança de perspectiva em relação aos modelos tradicionais que têm como base uma prescrição dietética rígida e controle externo sobre a alimentação. A literatura indica que tais métodos contribuem para a redução de padrões prejudiciais ligados à saúde mental, além de favorecer o aprimoramento da autoconsciência, aceitação corporal e controle emocional, ao fomentar uma relação acolhedora e menos punitiva com a alimentação, auxilia na diminuição da autocrítica e sentimentos de culpa, que são comumente observados em indivíduos que apresentam transtornos alimentares e doenças crônicas não transmissíveis.

Dessa forma, essas abordagens ajudam a desenvolver habilidades internas para lidar com emoções e situações estressantes sem recorrer à comida como o principal meio de controle, o que contribui para evitar recaídas, estimular uma maior adesão ao tratamento e melhorar a qualidade de vida.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

AKAY, G. G. Distinguindo fome física de fome emocional em transtornos alimentares. **Turkiye Klinikleri Journal of Psychology – Special Topics**, v. 1, n. 2, p. 17–22, 2016.

ALBERS, S. **Eating mindfully: how to end mindless eating and enjoy a balanced relationship with food**. Oakland: New Harbinger, 2010.

ANDERSON, D. A *et al.* O nível de alimentação intuitiva está associado aos efeitos do tamanho do prato? **Eating Behaviors**, v. 18, p. 125–130, 2015.

ANTONACCIO, C.; FIGUEIREDO, M. **Mindful eating: comer com atenção plena**. São Paulo: Editora Abril S.A., 2018.

BRITO, W. Reflexões críticas sobre a vida acelerada. **Ecos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 8, n. 1, p. 64–76, 2018.

BAYS, J. C. **Mindful eating: a guide to discovering a healthy and joyful relationship with food**. Boston; London: Shambhala, 2009. p. 10–232.

BARBOSA, M. R.; PENAFORTE, F. R. O.; SILVA, A. F. S. Mindfulness, mindful eating e comer intuitivo na abordagem da obesidade e transtornos alimentares. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 118–135, 2020.

BISHOP, S. R. *et al.* Mindfulness: a proposed operational definition. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 11, n. 3, p. 230–241, 2004.

BURNETTE, C. B. *et al.* Is intuitive eating a privileged approach? Associations between dieting history and intuitive eating. **Public Health Nutrition**, Cambridge, v. 26, n. 9, p. 2173–2182, 2023.

CATÃO, Larissa Gomes; TAVARES, Renata Leite. **Técnicas da nutrição comportamental no tratamento dos transtornos alimentares**. Revista Campo do Saber, v. 3, n. 1, p. 244–249, 2017.

CADENA-SCHLAM, L.; LÓPEZ-GUIMERÀ, G. Intuitive eating: an emerging approach to eating behavior. **Nutr. Hosp.**, [S.l.], 2015.

FAUZIYYAH, Hana *et al.* Mindful eating and its link with dietary intake and obesity risk among adults and older adults: A Scoping Review. **Jurnal Gizi dan Pangan**, v. 20, n. 3, p. 197–208, 2025.

FONSECA, A. B.; SOUZA, T. S. N. de; FROZI, D. S.; PEREIRA, R. A. Modernidade alimentar e consumo de alimentos: contribuições sócio-antropológicas para a pesquisa em nutrição. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3853–3862, 2011.

HIGGS, S. *et al.* Interações entre processos metabólicos, de recompensa e cognitivos no controle do apetite: implicações para novas terapias de controle de peso. **Journal of Psychopharmacology**, 31 (11), 1460–1474, 2017.

IACCARINO IDELSON, P.; D'ELIA, L.; STRAZZULLO, P. Mindful eating approaches to cardiometabolic risk factors: Systematic review and meta-analysis of intervention studies. **Dietetics (Basel, Switzerland)**, v. 3, n. 3, p. 271–288, 2024.

JOB, A. R.; OLIVEIRA, A. C. S. Percepção dos acadêmicos de nutrição sobre a efetividade a longo prazo dos métodos de dietas restritivas para a perda e o controle de peso. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, 2019.

KABAT-ZINN, J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 10, n. 2, p. 144–156, 2003.

KRISTELLER, J. L.; WOLIN, J. A. Mindful eating. In: DIDONATO, S. (Ed.). **Encyclopedia of behavioral medicine**. New York: Springer, 2014. p. 1204–1207.

KRISTELLER, J. L. *et al.* Mindful eating: connecting with food and body. In: OSTAFIN, B.; ROBINSON, M.; MEIER, B. (Ed.). **Handbook of mindfulness and self-regulation**. New York: Springer, 2019.

MATHIEU, J. O que você deve saber sobre alimentação consciente e intuitiva? **Journal of the American Dietetic Association**, v. 109, p. 1982–1987, 2009.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Ultra-processed foods, diet quality, and health. **Public Health Nutrition**, v. 22, n. 5, p. 936–941, 2019.

PEITZ, D.; SCHULZE, J.; WARSCHBURGER, P. Obtendo uma compreensão mais profunda da atenção plena no contexto do comportamento alimentar: desenvolvimento e validação do inventário de alimentação consciente. **Appetite**, v. 159, p. 105039, 2021.

PENAFORTE, F. R. O. *et al.* Nutrição comportamental: conceitos, aplicações e perspectivas no cuidado nutricional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 34, e200235, 2021.

SAIRANEN, E. *et al.* Psychological flexibility and mindfulness explain intuitive eating in overweight adults. **Behavior Modification**, v. 39, n. 4, p. 557–579, 2015.

TRIBOLE, E.; RESCH, E. **Intuitive eating: a revolutionary program that works**. 3. ed. New York: St. Martin's Press, 2012.

VAN DYKE, N.; DRINKWATER, E. J. Artigo de revisão sobre as relações entre alimentação intuitiva e indicadores de saúde: revisão da literatura. **Public Health Nutrition**, v. 17, n. 8, p. 1757–1766, 2014.

WARREN, J. M. *et al.* Mindfulness-based eating interventions for weight loss and obesity-related behaviors: a literature review. **Obesity Reviews**, v. 18, n. 8, p. 863–881, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases**. Geneva: WHO, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. Geneva: WHO, 2022.

PRINCIPAIS DEFICIÊNCIAS DE MICRONUTRIENTES NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Amanda Vitória Leal Ramos¹;

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

<http://lattes.cnpq.br/5207259326930683>

Anna Alice de Paiva Leal²;

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

<http://lattes.cnpq.br/5487730225181856>

Clarice da Silva Costa³;

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

<http://lattes.cnpq.br/9206445601825396>

Maria Clara de Alencar Ferreira Costa⁴;

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

<http://lattes.cnpq.br/5878078418633521>

Regina Márcia Soares Cavalcante⁵.

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

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

RESUMO: As deficiências nutricionais a longo prazo representam um importante desafio para a saúde pública, uma vez que se desenvolvem de forma lenta, progressiva e frequentemente assintomática em seus estágios iniciais. Essas carências resultam, principalmente, da ingestão inadequada e prolongada de micronutrientes essenciais, comprometendo funções fisiológicas fundamentais e afetando negativamente a saúde ao longo do ciclo de vida. Este capítulo aborda as principais deficiências nutricionais crônicas de micronutrientes nos transtornos alimentares, com destaque para o ferro, cálcio, vitamina D, vitaminas do complexo B, zinco, magnésio e potássio. A deficiência de ferro está associada à anemia, fadiga e prejuízos no desempenho físico e imunológico, enquanto a ingestão insuficiente de cálcio e vitamina D compromete a saúde óssea, aumentando o risco de osteopenia e osteoporose. As vitaminas do complexo B exercem papel essencial no metabolismo energético e na função neurológica, sendo sua carência relacionada a neuropatias e alterações cognitivas. Já o zinco, o magnésio e o potássio atuam na regulação metabólica, hormonal e eletrolítica, e sua deficiência está associada a distúrbios cardiometabólicos, neuromusculares e

cardiovasculares. Além disso, fatores como insegurança alimentar, transtornos alimentares e mudanças nos padrões dietéticos, especialmente o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, contribuem para a persistência da deficiência de micronutrientes. Assim, destaca-se a importância da identificação precoce e da adoção de estratégias de prevenção e intervenção nutricional para promoção da saúde integral, especialmente em condições especiais como nos transtornos alimentares.

PALAVRAS-CHAVE: Deficiências Nutricionais. Micronutrientes. Comportamento alimentar.

MAIN MICRONUTRIENTS DEFICIENCIES IN EATING DISORDERS

ABSTRACT: Long-term nutritional deficiencies represent a significant public health challenge, as they develop slowly, progressively, and are often asymptomatic in their early stages. These deficiencies result mainly from inadequate and prolonged intake of essential micronutrients, compromising fundamental physiological functions and negatively affecting health throughout the life cycle. This chapter addresses the main chronic micronutrient deficiencies in eating disorders, highlighting iron, calcium, vitamin D, B vitamins, zinc, magnesium, and potassium. Iron deficiency is associated with anemia, fatigue, and impaired physical and immune performance, while insufficient intake of calcium and vitamin D compromises bone health, increasing the risk of osteopenia and osteoporosis. B vitamins play an essential role in energy metabolism and neurological function, and their deficiency is related to neuropathies and cognitive impairment. Zinc, magnesium, and potassium act in metabolic, hormonal, and electrolyte regulation, and their deficiency is associated with cardiometabolic, neuromuscular, and cardiovascular disorders. Furthermore, factors such as food insecurity, eating disorders, and changes in dietary patterns, especially the increased consumption of ultra-processed foods, contribute to the persistence of micronutrient deficiencies. Therefore, the importance of early identification and the adoption of nutritional prevention and intervention strategies for promoting overall health is highlighted, especially in special conditions such as eating disorders.

KEYWORDS: Deficiency Diseases. Micronutrients. Feeding Behavior.

INTRODUÇÃO

Nos transtornos alimentares, a ingestão inadequada de nutrientes e os comportamentos alimentares disfuncionais contribuem significativamente para o desenvolvimento de deficiências nutricionais, especialmente de micronutrientes. A restrição alimentar, os episódios de compulsão seguidos de purgação e o uso de métodos compensatórios comprometem tanto a ingestão quanto a absorção de nutrientes essenciais, favorecendo o surgimento de carências que podem se agravar ao longo do tempo, afetando o funcionamento de múltiplos sistemas do organismo (Hanachi *et al.*, 2019).

Quando os nutrientes são ofertados de forma insuficiente, inadequada ou desequilibrada por períodos prolongados, podem desenvolver-se as chamadas deficiências nutricionais a longo prazo. Diferentemente das carências agudas, essas deficiências apresentam evolução lenta e progressiva, muitas vezes com manifestações clínicas inespecíficas, o que atrapalha sua identificação precoce e favorece a instalação de danos cumulativos ao organismo (Gibson, 2015; Ross *et al.*, 2020).

As deficiências nutricionais crônicas estão associadas a múltiplas repercussões na saúde, incluindo prejuízos no desempenho físico e cognitivo, comprometimento do sistema imunológico, alterações metabólicas e maior risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis-DCNT. A carência prolongada de micronutrientes como ferro, vitamina D, vitamina B12, cálcio e zinco, por exemplo, pode resultar em quadros de anemia, osteopenia, disfunções neurológicas e redução da capacidade funcional (Mahan; Raymond, 2018; Brasil, 2014).

Diante desse cenário, torna-se necessário compreender os mecanismos fisiopatológicos envolvidos nas deficiências nutricionais crônicas, bem como seus sinais, sintomas, consequências clínicas e fatores de risco associados, especialmente em situações de vulnerabilidade como nos transtornos alimentares. O reconhecimento dessas condições e a adoção de estratégias adequadas de prevenção, diagnóstico e intervenção nutricional são fundamentais para minimizar seus efeitos a longo prazo e promover a saúde de forma integral (WHO, 2020).

Assim, este capítulo tem como objetivo apresentar e discutir as principais deficiências nutricionais a longo prazo nos transtornos alimentares, e impactos na saúde.

FERRO

A deficiência de Fe é uma das alterações nutricionais mais comuns entre indivíduos com transtornos alimentares, especialmente naqueles que mantêm uma restrição alimentar prolongada. A redução desse mineral costuma causar sinais visíveis, como queda de cabelo e unhas frágeis, que refletem o impacto geral da desnutrição no organismo. Esses sinais dermatológicos, ajudam na identificação precoce desses transtornos, já que muitos pacientes tendem a esconder seus comportamentos alimentares (Rallis *et al.*, 2024).

Entre os transtornos alimentares, a picofagia apresenta uma relação direta e bem estabelecida com a deficiência de ferro, sendo a anemia ferropriva um dos achados mais frequentemente associados ao comportamento de ingestão de substâncias não nutritivas. A carência de ferro pode modificar vias sensoriais e motivacionais, dessa forma, a picofagia exemplifica como deficiências nutricionais prolongadas podem não apenas resultar de transtornos alimentares, mas também influenciar o seu desenvolvimento (Schnitzler, 2022).

A anorexia nervosa pode levar a deficiências importantes de micronutrientes, entre eles o ferro, devido à restrição alimentar prolongada e ao estado de desnutrição. Essa carência compromete a produção adequada de hemoglobina e favorece o desenvolvimento de anemia ferropriva, agravando o quadro clínico e aumentando o risco de complicações (Seo *et al.*, 2023).

Alguns tratamentos usados para corrigir a deficiência de ferro, especialmente os que utilizam sais ferrosos, podem causar náuseas, vômitos e desconforto intestinal. Esses efeitos reduzem o apetite e podem dificultar a reposição do ferro ao longo do tempo. Em pessoas com transtornos alimentares, que já possuem uma ingestão nutricional limitada, esses sintomas podem agravar ainda mais a deficiência de ferro e atrasar a recuperação (Machida; Iizuka, 2023).

CÁLCIO

A perda rápida de peso, comum em transtornos alimentares, está diretamente associada à diminuição da densidade óssea. Isso mostra que mudanças bruscas no peso dificultam a reposição de nutrientes importantes, como o cálcio, enfraquecendo os ossos e aumentando o risco de osteopenia e osteoporose (Todisco; Meneguzzo, 2024). Nesse sentido, a ingestão insuficiente de Ca e a desnutrição contribuem para a redução da densidade mineral óssea, tornando esses indivíduos mais vulneráveis a fraturas e a doenças ósseas ao longo da vida (Loisel *et al.*, 2025).

A amenorreia hipotalâmica funcional, condição frequentemente associada à restrição alimentar e ao baixo peso observado em alguns transtornos alimentares, está diretamente ligada ao comprometimento da saúde óssea. A inadequação do Ca, portanto, torna-se um fator crítico nesse cenário, pois prejudica a formação e a manutenção adequada do tecido ósseo, agravando os efeitos da desnutrição sobre a estrutura esquelética (Indirli *et al.*, 2022).

A restrição alimentar crônica compromete a densidade mineral óssea ainda na juventude. A baixa ingestão de nutrientes fundamentais, como cálcio e vitamina D, aliada ao baixo peso corporal, prejudica a formação adequada do tecido ósseo. Isso evidencia que transtornos alimentares restritivos podem afetar a saúde óssea precocemente, aumentando a vulnerabilidade a problemas futuros (Sella *et al.*, 2023).

A saúde óssea é uma das áreas mais afetadas pela desnutrição em transtornos alimentares, especialmente na anorexia nervosa. A ingestão insuficiente de Ca, somada às alterações hormonais e ao baixo peso, prejudica a remodelação óssea e favorece a perda de massa mineral. Por isso, o acompanhamento nutricional adequado e a reposição de Ca são essenciais para prevenir danos permanentes ao esqueleto e reduzir o risco de osteoporose ao longo da vida (Hung; Muñoz; Shibli-Rahhal, 2022).

VITAMINA D

A vitamina D exerce papéis essenciais no organismo, atuando na regulação do Ca e do fósforo para manutenção da saúde óssea e contribuindo para a prevenção de condições como osteoporose. Além da função esquelética, também influencia diversos processos sistêmicos, estando associada à redução da mortalidade geral, menor risco de doenças cardiovasculares, prevenção do diabetes e modulação da resposta imunológica (Glabska *et al.*, 2021).

A deficiência de vitamina D é muito frequente em adolescentes hospitalizadas com transtornos alimentares, revelando níveis insuficientes ou deficientes de 25-hidroxivitamina D de forma recorrente. Esse achado indica que essas pacientes frequentemente não atingem concentrações adequadas desse nutriente, o que compromete a saúde óssea e agrava os efeitos da desnutrição (Modan-Moses *et al.*, 2015).

A deficiência desse micronutriente pode agravar fatores psicobiológicos associados aos transtornos alimentares, já que esse nutriente participa diretamente da modulação do humor, da resposta ao estresse e do funcionamento adequado do sistema imunoneuroendócrino. Assim, a insuficiência desse micronutriente representa um componente adicional que contribui para a complexidade dos transtornos alimentares, reforçando a importância de sua correção (Meneguzzo *et al.*, 2022).

Os níveis de vitamina D em pessoas com transtornos alimentares podem ser influenciados por fatores como estação do ano, etnia e estado nutricional. Períodos com maior exposição ao sol, concentrações mais altas de cálcio no sangue e determinadas características biológicas estão associados a níveis mais elevados desse micronutriente. Esses fatores mostram que a deficiência de vitamina D nesses pacientes não depende apenas da ingestão alimentar, mas também de condições ambientais e individuais (Nagata *et al.*, 2022).

Em pessoas com anorexia nervosa, níveis muito baixos de vitamina D podem comprometer a mineralização óssea e resultar em osteomalacia. A ingestão alimentar insuficiente, a baixa exposição solar e alterações decorrentes da desnutrição prolongada reduzem ainda mais esse nutriente, prejudicando a absorção de Ca e aumentando o risco de dor óssea, fraqueza e fraturas (Koda *et al.*, 2021).

Níveis inadequados de vitamina D podem comprometer não apenas a saúde óssea, mas também o funcionamento global do organismo, influenciando a mobilidade, força muscular e bem-estar geral. Em pessoas com transtornos alimentares, essa deficiência tende a ser ainda mais preocupante, pois a combinação entre baixa ingestão nutricional e desregulações metabólicas favorece maior fragilidade física ao longo do tempo (Sharifan *et al.*, 2023).

VITAMINAS DO COMPLEXO B

As vitaminas do complexo B são um grupo de 8 vitaminas hidrossolúveis. Como o corpo não as armazena, é necessário repô-las todos os dias. Elas estão presentes em proteínas de origem animal, laticínios, vegetais folhosos verdes e feijões. De maneira geral, sua função pode ser dividida em metabolismo catabólico, que produz energia, e metabolismo anabólico, que sintetiza moléculas bioativas. Além disso, muitas enzimas essenciais para a biossíntese de RNA e DNA têm as vitaminas do complexo B como cofatores (Hanna; Maria, *et al.*, 2022)

Essas oito vitaminas hidrossolúveis são eliminadas pela urina, e são identificadas pelos seguintes nomes: tiamina (B1), riboflavina (B2), niacina (B3), ácido pantotênico (B5), piridoxina (B6), biotina (B7), folato (B9) e cobalamina (B12) (Frost, Zachary, *et al.*, 2025).

A falta de vitamina B12 nos transtornos alimentares e mentais provocam, sobretudo, uma variedade de sintomas neurológicos e hematológicos. A anemia perniciosa e a degeneração subaguda combinada da medula espinhal (que causa distúrbios sensoriais e motores, como ataxia) são manifestações clássicas da deficiência de vitamina B12. Ademais, os níveis ou a ingestão de vitamina B12 estão associados a diversos transtornos ou sintomas de saúde mental em adultos e crianças (Khosravi, Maryam, *et al.*, 2020)

As deficiências de vitaminas B1 e B6 nem sempre apresentam sintomas ou são facilmente diagnosticadas, e a quantidade de vitamina B12 é um bom indicador paralelo dos níveis de B1 e B6. A carência de vitamina B12 e vitamina B6 pode contribuir para o surgimento e a progressão da neuropatia periférica. Assim, nesses casos, a suplementação de vitaminas B neurotróficas pode ser útil para prevenir e tratar essa condição (Longa, L; John, C. M. *et al.*, 2024).

As neuropatias periféricas nutricionais constituem uma questão global, amplamente afetada por elementos geopolíticos, culturais e socioeconômicos. A neuropatia periférica é mais comum como resultado de deficiências de vitaminas do complexo B, cuja prevalência tende a crescer nos próximos anos em razão da popularidade das dietas veganas e vegetarianas, além do aumento das cirurgias bariátricas (Kramarz; Caroline, *et al.*, 2024).

Ademais, a má nutrição materna e a ingestão insuficiente de micronutrientes, em especial as vitaminas do complexo B, podem ter um impacto significativo nas funções físicas e cognitivas durante a infância e até a idade adulta (Koletzko; Berthold, *et al.*, 2019).

Apesar de uma dieta equilibrada fornecer a quantidade necessária de vitaminas do complexo B, há evidências crescentes de que, em certas etapas da vida, como na infância ou na gravidez, os indivíduos precisam de doses maiores de uma ou mais dessas vitaminas. Isso pode afetar negativamente a saúde geral e/ou as funções cerebrais, pois, a falta dessas vitaminas em várias etapas da vida é significativa e pode levar os seres humanos a desenvolver uma série de distúrbios (Ali, *et al.*, 2022).

ZINCO

A carência de Zn, dentre os micronutrientes, é uma das mais comuns de acontecer a desnutrição, mesmo sendo uma das menos reconhecidas. Entende-se que aproximadamente 17% da população esteja constantemente em risco de ingestão inapropriada de Zn, com predomínio de 19% a 24% na Ásia e África, respectivamente (Kumssa et al., 2015; Stiles; Ferrao; Mehta, 2024). Atualmente, coexistem três problemas de má nutrição, sendo eles a subnutrição, deficiência de micronutrientes e excesso de peso, doenças crônicas não transmissíveis e obesidade, além da combinação de privação de outros nutrientes (OMS, 2017; Lowe *et al.*, 2024).

A falta de Zn no organismo ocorre através de manifestações inespecíficas e com nível de gravidade que depende da idade, duração e outras doenças implícitas. (Carducci; Keats; Bhutta, 2021; Nakamura *et al.*, 1993; Levenson; Morris, 2011).

Além disso, há um conjunto crescente de estudos que relacionam a deficiência deste mineral ao maior risco de desenvolver distúrbios cardiometabólicos, isso porque o mesmo exerce funções essenciais na secreção de insulina e na regulação da glicose, e níveis reduzidos de Zn têm sido vinculados a quadros mais graves de diabetes mellitus tipo 2. Além disso, o status de Zn influencia o metabolismo de lipídios, pois abrange processos de absorção, síntese e utilização de ácidos graxos, o que pode alterar os perfis lipídicos sanguíneos e, conseqüentemente, elevar o risco de doenças cardiovasculares (Tamura *et al.*, 2018; Olechnowicz *et al.*, 2018; Banaszak; Gorna; Przyslawski, 2021).

Ademais, na atualidade é comum distúrbios alimentares como a anorexia nervosa, do subtipo restritivo (AN-R) e/ou do subtipo compulsivo-purgativo (AN-BP) entre adolescentes e jovens adultos, que geram consequências significativas a saúde como carências nutricionais de macro e micronutrientes, inclusive inadequada ingestão de zinco. O nível inadequado de zinco pode implicar no sistema imunológico, no desenvolvimento e na função reprodutiva, além de está presente na regulação das funções neuronais que participa ativamente da sensação, humor e comportamento (Atasoy; Bugdayci, 2018; Chiurazzi *et al.*, 2017).

Adolescentes que apresentam deficiência de zinco e alterações no comportamento alimentar podem ter maior probabilidade de desenvolver depressão e ansiedade, em função de prejuízos metabólicos em áreas límbicas do cérebro, onde há elevada concentração desse mineral. Essa situação torna-se ainda mais preocupante durante a adolescência e o começo da vida adulta, fase essencial do desenvolvimento caracterizada pelas mais altas demandas nutricionais ao longo da vida (Katz *et al.*, 1987; Nagata *et al.*, 2022)

Uma pesquisa realizada em 2019, que comparou a anorexia nervosa (AN) com a magreza considerada saudável em crianças, demonstrou que a ingestão de zinco estava significativamente diminuída em crianças e adolescentes com AN, em parte devido à restrição de gorduras. Além disso, sugere-se que não apenas a ingestão reduzida de zinco, mas também comportamentos como episódios de compulsão alimentar com alimentos pobres nesse mineral, o uso abusivo de laxantes e a ocorrência de vômitos, podem contribuir para

a diminuição dos níveis séricos de zinco (Leach *et al.*, 2025; Kanayama *et al.*, 2019).

Dado ao contexto apresentado, aumentar a ingestão de Zn e reduzir sua deficiência global, especialmente em grupos vulneráveis, requer estratégias adequadas ao contexto que combinem suplementação, fortificação alimentar em larga escala, ações agrícolas como reposição de Zn no solo e biofortificação. Assim como iniciativas que melhorem a biodisponibilidade do mineral, promovam a diversificação alimentar e se integrem a políticas multisetoriais que combatam as causas da desnutrição e da insegurança alimentar (Lowe *et al.*, 2024; Bashir *et al.*, 2023).

MAGNÉSIO

O magnésio(Mg) é o quarto elemento mais abundante no corpo, depois do Ca, K e Na. Ele por ser um mineral essencial, atua como cofator em mais de 600 reações enzimáticas que são extremamente importantes para o nosso organismo (Caspi *et al.*, 2020; Fatima *et al.*, 2024).

A falta subclínica de Mg é bem comum na população em geral. Apesar dos rins atuarem no limite de excreção na urina desse mineral para evitar hipomagnesemia, a ingestão dietética reduzida ou perdas exageradas, devido a diferentes causas e condições, podem levar a essa deficiência subclínica. Verifica-se como sinais de uma deficiência a fraqueza, perda de apetite, fadiga, náuseas e vômitos. Subsequente a isso, ocorre contrações e câibras musculares, dormência, formigamento, alterações de personalidade, espasmos coronários, ritmos cardíacos anormais e convulsões. Em casos mais graves, resulta em hipocalcemia ou hipocalemia, pois a homeostase mineral é interrompida (Dinicolantonio; O'Keefe; Wilson, 2018; Jahnen-Dechent; Ketteler, 2012; Grober, 2019).

Vários grupos alimentares são fontes de Mg, sendo que os de origem vegetal contribuem com a maior parte da ingestão alimentar das populações. Cabe destacar que as nozes, sementes, leguminosas, grãos integrais e vegetais folhosos verdes, que fornecem nutrientes adicionais como fibras, potássio e polifenóis, são as fontes naturais mais ricas em Mg que tudo em conjunto contribui na regulação cardiometabólica, vale lembrar que alimentos de origem animal como laticínios, peixes e produtos fortificados também contribui para uma parcela da ingestão total de magnésio (Dominguez; Veronese; Barbagalho, 2020; Volpe, 2013; Fatima, 2024).

Além disso, a água potável é uma fonte adicional, muitas vezes subestimada, de Mg, pois a sua concentração varia amplamente conforme as características geológicas locais e os métodos de tratamento da água. Assim, essas águas podem atuar como um complemento importante em grupos com ingestão insuficiente. A absorção do magnésio proveniente da dieta é modulada por diversos fatores. Substâncias como fitatos e oxalatos podem se ligar ao magnésio e diminuir sua absorção intestinal, enquanto processos como fermentação, imersão e germinação de alimentos vegetais tendem a aumentar sua bioacessibilidade

(Rylander; Arnaud, 2004; Schneider; Greupner; Hahn, 2017; Bohn, 2008).

Apesar das amplas evidências sobre o papel essencial do Mg no organismo, a deficiência desse mineral em nível populacional continua sendo um problema persistente e pouco valorizado na saúde pública. Estudos internacionais apontam que até um terço dos adultos não alcança a ingestão recomendada, aumentando o risco de doenças cardiometabólicas e condições inflamatórias (Soher; Banjari, 2021; Akimbekov *et al.*, 2024).

POTÁSSIO

O potássio (K) é um mineral fundamental para o funcionamento adequado das células e membranas, além de ser crucial para a manutenção do equilíbrio hídrico e do equilíbrio ácido-base. Além disso, o K desempenha um papel crucial na excitação normal de estruturas como nervos e músculos.

A hipocalemia é uma das alterações eletrolíticas mais frequentemente observadas na prática clínica. Essa condição é mais comum do que a hipercalemia, apesar de a maioria dos casos de hipocalemia ser leve. Embora existam variações, o valor mínimo aceitável para o potássio sérico normal é de 3,5 mmol/L. (Castro, D; Sandeep, S, 2025).

Diversos estudos populacionais têm mostrado consistentemente a relação entre a diminuição do K na dieta e os efeitos negativos nos desfechos cardiovasculares. A diminuição dos níveis de K tem sido relacionada à elevação das taxas de hipertensão, AVC, doenças cardíacas e renais, entre outras condições. Descobertas mecanísticas têm mostrado fortemente que o rim atua como um mediador fundamental, com um efeito claro de aumentar a reabsorção de Sódio (Na⁺) nos segmentos proximal e distal, resultando em elevações da pressão arterial sensíveis ao sal (Welling *et al.*, 2024; Boyd-Shiowski *et al.*, 2019).

Transtornos alimentares frequentemente causam anormalidades eletrolíticas, como hiponatremia, hipocalemia e alcalose metabólica, cujos níveis variam de acordo com a presença de comportamentos purgativos nos pacientes. A hipocalemia crônica resultante da purgação em indivíduos com anorexia nervosa do tipo purgativo compulsivo ou bulimia nervosa pode causar nefropatia hipocalêmica e doença renal crônica (Puckett, 2023).

A hipocalemia, que se caracteriza por níveis reduzidos de potássio sérico em pacientes com anorexia nervosa, pode resultar em condições que colocam a vida em risco. Assim, é fundamental prever o risco de hipocalemia em pacientes com anorexia nervosa durante a fase de realimentação (Funayama *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As deficiências de micronutrientes a longo prazo nos transtornos alimentares representam um importante desafio clínico e nutricional, uma vez que resultam diretamente de padrões alimentares restritivos, comportamentos compensatórios e alterações metabólicas associadas a essas condições. Nesses indivíduos, as deficiências nutricionais tendem a ocorrer de forma simultânea e progressiva, potencializando seus efeitos adversos e agravando o quadro clínico.

Diante desse contexto, destaca-se a importância do acompanhamento nutricional contínuo e individualizado, com foco na identificação precoce dessas deficiências e na implementação de estratégias de intervenção adequadas. A reeducação alimentar, a suplementação quando indicada e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para a recuperação do estado nutricional e para a prevenção de complicações 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

- AKIMBEKOV, N. S. *et al.* The role of magnesium in pancreatic beta-cell function and homeostasis. **Frontiers in Nutrition**, v. 11, p. 1458700, 2024. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/nutrition/articles/10.3389/fnut.2024.1458700/full>.
- ALI, M. A. *et al.* Complexo de vitamina B na dieta: orquestração na nutrição humana ao longo da vida com diferenças de sexo. **Nutrients**, v. 14, n. 19, p. 3940, set. 2022.
- ATASOY, H. I.; BUGDAYCI, G.; Zinc deficiency and its predictive capacity for anemia: Unique model in school children. **Pediatrics International**, v. 60, n. 8, p. 703-709, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29804328/>.
- BANASZAK, M.; GÓRNA, I.; PRZYSŁAWSKI, J. Zinc and the innovative zinc- α 2-glycoprotein adipokine play an important role in lipid metabolism: a critical review. **Nutrients**, v. 13, n. 6, p. 2023, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/6/2023>.
- BASHIR, A. *et al.* Zinc and potassium fertilizer synergizes plant nutrient availability and affects growth, yield, and quality of wheat genotypes. **Plants**, v. 12, n. 12, p. 2241, 2023. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2223-7747/12/12/2241>.
- BOHN, T. Dietary factors influencing magnesium absorption in humans. **Current Nutrition & Food Science**, v. 4, n. 1, p. 53–72, 2008. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cnf/2008/00000004/00000001/art00006>
- BOYD-SHIWARSKI, C. *et al.* Efeitos do estresse extremo de potássio na pressão arterial e

no transporte tubular renal de sódio. **American Journal of Physiology – Renal Physiology**, v. 318, n. 6, p. F1341–F1356, jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014.

CARDUCCI, B.; KEATS, E. C.; BHUTTA, Z. A. Zinc supplementation for improving pregnancy and infant outcome. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000230.pub6>.

CASPI, R. *et al.* The MetaCyc database of metabolic pathways and enzymes: a 2019 update. **Nucleic Acids Research**, v. 48, n. D1, p. D445–D453, 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/nar/article-abstract/48/D1/D445/5581728>.

CASTRO, D.; SANDEEP, S. Hipocalemia. In: StatPearls. **Treasure Island (FL): StatPearls Publishing**, 2025. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482465/>.

CHIURAZZI, Chiara *et al.* Adequacy of nutrient intake in women with restrictive anorexia nervosa. **Nutrition**, v. 38, p. 80-84, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28526387/>

DINICOLANTONIO, J. J.; O'KEEFE, J. H.; WILSON, W. Subclinical magnesium deficiency: a principal driver of cardiovascular disease and a public health crisis. **Open Heart**, v. 5, n. 1, 2018. Disponível em: <https://openheart.bmj.com/content/5/1/e000668>.

DOMINGUEZ, L. J.; VERONESE, N.; BARBAGALLO, M. Magnesium and hypertension in old age. **Nutrients**, v. 13, n. 1, p. 139, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/1/139>.

EFSA. NDA Panel. Scientific opinion on dietary reference values for iron. **EFSA Journal**, v. 13, n. 10, p. 4254, 2015. Disponível em: <https://researchportal.helsinki.fi/en/publications/scientific-opinion-on-dietary-reference-values-for-iron>.

FATIMA, G. *et al.* Magnesium matters: a comprehensive review of its vital role in health and diseases. *Cureus*, v. 16, n. 10, 2024. Disponível em: <https://www.cureus.com/articles/300811>.

FIORENTINI, D. *et al.* Magnesium: biochemistry, nutrition, detection, and social impact of diseases linked to its deficiency. **Nutrients**, v. 13, n. 4, p. 1136, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/4/1136>.

FROST, Z. *et al.* Recent advances on the role of B vitamins in cancer prevention and progression. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 26, n. 5, p. 1967, fev. 2025.

FUKUNAKA, A.; FUJITANI, Y. Role of zinc homeostasis in the pathogenesis of diabetes and obesity. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 19, n. 2, p. 476, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29415457/>.

FUNAYAMA, M. *et al.* Hipocalemia em pacientes com anorexia nervosa durante a realimentação está associada a comportamento de compulsão alimentar e purgação, menor

índice de massa corporal e hipoalbuminemia. **Journal of Eating Disorders**, v. 9, n. 1, p.25, dezembro de 2021.

GLABSKA, D. *et al.* The influence of vitamin D intake and status on mental health in children: a systematic review. **Nutrients**, v. 13, n. 3, p. 952, 2021.

GRÖBER, Uwe. Magnesium and drugs. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 20, n. 9, p. 2094, 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1422-0067/20/9/2094>.

HANNA, Maria *et al.* Vitaminas B: funções e usos na medicina. **Revista Permanente**, v. 2, p. 89–97, jun. 2022.

HANACHI, M. *et al.* Micronutrients Deficiencies in 374 Severely Malnourished Anorexia Nervosa Inpatients. **Nutrients**, v. 11, n. 4, p. 792, 5 abr. 2019.

HUNG, C.; MUÑOZ, M.; SHIBLI-RAHHAL, A. Anorexia nervosa and osteoporosis. **Calcified Tissue International**, v. 110, n. 5, p. 562–575, maio 2022.

INDIRLI, R. *et al.* Bone health in functional hypothalamic amenorrhea. **Frontiers in Endocrinology**, v. 13, p. 946695, 2022.

JAHNEN-DECHENT, W.; KETTELER, M. Magnesium basics. **Clinical Kidney Journal**, v. 5, supl. 1, p. i3–i14, 2012.

KANAYAMA, S.; *et al.* Childhood dietary intake: Comparison between anorexia nervosa and healthy leanness. **Pediatrics International**, v. 61, n. 1, p. 73-79, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30402965/>

KARDALAS, E. *et al.* Hipocalcemia: uma atualização clínica. **Endocrine Connections**, v. 7, p. R135–R146, 2018.

KATZ, R. L.; *et al.* Zinc deficiency in anorexia nervosa. **Journal of Adolescent Health Care**, v. 8, n. 5, p. 400-406, 1987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3312133/>

KOLETZKO, Berthold *et al.* Nutrição durante a gravidez, lactação e primeira infância. **Annals of Nutrition and Metabolism**, v. 74, n. 2, p. 93–106, 2019.

KHOSRAVI, Maryam, *et al.* A relação entre padrões alimentares e depressão mediada pelos níveis séricos de folato e vitamina B12. **BMC Psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 63. Dezembro de 2020.

LEACH, K.; *et al.* Zinc levels in severe eating disorders. **Journal of Eating Disorders**, v. 13, n. 1, p. 17, 4 fev. 2025. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-025-01199-w#citeas>

MAHAN, L. Kathleen; RAYMOND, Janice L. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

NAGATA, J. M; *et al.* Sex differences and associations between zinc deficiency and anemia among hospitalized adolescents and young adults with eating disorders. **Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, v. 27, n. 7, p. 2911–2917, 28 maio

2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35624393/>

PUCKETT, L. Complicações renais e eletrolíticas em transtornos alimentares: uma revisão abrangente. **Journal of Eating Disorders**, v. 11, n. 1, p.26 fevereiro de 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Micronutrient deficiencies**. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The double burden of malnutrition**. Geneva: WHO, 2017.

USO DE PSICOFÁRMACOS NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Enzo Barbosa Castro¹;

Centro Universitário Estácio do Ceará, Fortaleza, Ceará.

<http://lattes.cnpq.br/7933513067176277>

Nayron Micael da Silva Santos²;

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

<http://lattes.cnpq.br/8610621575275593>

Pedro Cícero de Sousa³;

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

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

Regina Márcia Soares Cavalcante⁴.

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

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

RESUMO: O tratamento dos transtornos alimentares envolve uma abordagem multiprofissional, em razão de sua etiologia complexa. Tradicionalmente, as intervenções não farmacológicas, como a terapia psicológica e o acompanhamento nutricional, são as mais utilizadas na prática clínica. Entretanto, em algumas situações, essas abordagens mostram-se insuficientes, tornando necessária a utilização de estratégias farmacológicas, como os psicofármacos. Nesse contexto, este trabalho teve como objetivo discorrer, à luz da literatura científica, sobre o tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. A bulimia nervosa está associada a importantes complicações clínicas, e a terapia farmacológica apresenta bons resultados, com destaque para os antidepressivos, sendo a fluoxetina a única medicação aprovada pelo FDA para esse transtorno. No transtorno de compulsão alimentar periódica, o tratamento psicológico é frequentemente eficaz, porém não promove perda de peso, o que se torna um fator limitante, considerando a presença de obesidade e comorbidades psiquiátricas em parte dos indivíduos, sendo a lisdexanfetamina o único fármaco aprovado. Na anorexia nervosa, o tratamento farmacológico é utilizado como terapia adjuvante, com o objetivo de manejar sintomas depressivos e ansiosos, não sendo recomendados antidepressivos de primeira geração devido à baixa eficácia e aos riscos associados, enquanto os inibidores seletivos da recaptação de serotonina apresentam melhor tolerabilidade. Outras classes de medicamentos, como anticonvulsivantes e ansiolíticos, vêm sendo estudadas para possível aplicação terapêutica. Destaca-se,

entretanto, a escassez de fármacos desenvolvidos especificamente para os transtornos alimentares, uma vez que os medicamentos atualmente utilizados são majoritariamente oriundos de outras indicações psiquiátricas. Por fim, ressalta-se que a farmacoterapia deve integrar uma estratégia ampla e multiprofissional, atuando como suporte às intervenções psicoterapêuticas e nutricionais.

PALAVRAS-CHAVE: Alimentação emocional. Tratamento Farmacológico. Psicotrópicos.

PHARMACOLOGY AND EATING DISORDERS: USE OF PSYCHOTROPIC DRUGS IN TREATMENT

ABSTRACT: The treatment of eating disorders involves a multidisciplinary approach due to their complex etiology. Traditionally, non-pharmacological interventions, such as psychological therapy and nutritional monitoring, are the most commonly used in clinical practice. However, in some situations, these approaches prove insufficient, making it necessary to use adjuvant strategies, such as the use of psychotropic drugs. In this context, this work aims to discuss, in light of the scientific literature, the pharmacological treatment of eating disorders. Bulimia nervosa is associated with significant clinical complications, and pharmacological therapy shows good results, especially with antidepressants, with fluoxetine being the only medication approved by the FDA for this disorder. In binge eating disorder, psychological treatment is often effective, but it does not promote weight loss, which becomes a limiting factor considering the presence of obesity and psychiatric comorbidities in some individuals, with lisdexamfetamine being the only approved drug. In anorexia nervosa, pharmacological treatment is used as adjuvant therapy, aiming to manage depressive and anxious symptoms. First-generation antidepressants are not recommended due to their low efficacy and associated risks, while selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are better tolerated. Other classes of medications, such as anticonvulsants and anxiolytics, are being studied for possible therapeutic application. However, there is a scarcity of drugs developed specifically for eating disorders, since the medications currently used are mostly derived from other psychiatric indications. Finally, it is emphasized that pharmacotherapy should be part of a broad and multidisciplinary strategy, acting as support, not a replacement, for psychotherapeutic and nutritional interventions.

KEYWORDS: Emotional eating. Pharmacological treatment. Psychotropic drugs.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) constituem um grupo de transtornos psiquiátricos de natureza predominantemente psicológica, caracterizados por alterações persistentes e disfuncionais do comportamento alimentar, associadas a intenso sofrimento psíquico e a prejuízos significativos ao bem-estar físico, social e neurológico. Em quadros mais

graves, podem assumir caráter incapacitante e potencialmente letal, configurando um importante problema de saúde pública (Vianna, 2018).

Do ponto de vista clínico, os TA abrangem um espectro heterogêneo de manifestações, descritas na literatura e nos principais manuais diagnósticos, incluindo anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno da compulsão alimentar, transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP), transtorno de ingestão alimentar evitativa/restritiva, pica e transtorno de ruminação, além de quadros como comer seletivo e evitação emocional da alimentação (Ferreira *et al.*, 2022; Camargos; Santana, 2022).

Apesar dessa diversidade, esses transtornos compartilham características centrais, como uma relação disfuncional com a alimentação, marcada por padrões rígidos e ritualísticos, distorções da autoimagem corporal e alterações no peso esperado para idade, estatura e sexo (Treasure, 2020).

Reconhece-se que os TA apresentam etiologia multifatorial e elevada heterogeneidade clínica, com diferenças na apresentação entre homens e mulheres (Urbón Ladrero, 2021). Comorbidades psiquiátricas, como ansiedade e depressão, são frequentes e influenciam a origem e manutenção dos sintomas alimentares, sendo o medo de ganho de peso um importante fator de ansiedade (Kesby *et al.*, 2017; Schaumberg *et al.*, 2021; Treasure, 2020). Fatores cognitivos como a intolerância à incerteza e o perfeccionismo disfuncional contribuem para padrões de evitação comportamental e para a persistência do quadro clínico (Kesby *et al.*, 2017; Schaumberg *et al.*, 2021).

O manejo dos transtornos alimentares inclui abordagens não farmacológicas, como aromaterapia, acupuntura e yoga, que podem auxiliar nos sintomas, mas podem ser insuficientes em casos mais graves. Nessas situações, pode ser necessário o uso de tratamento medicamentoso, que deve ser individualizado e criterioso, considerando a gravidade do quadro e os riscos associados (Ferreira *et al.*, 2022; Manochio *et al.*, 2018). De forma geral são utilizados antidepressivos, ansiolíticos e estabilizadores do humor, empregados como terapias adjuvantes no controle de sintomas ansiosos e depressivos (Sales; Gomes; Ferreira, 2025).

Entretanto, o uso de medicamentos permanece objeto de debate, especialmente diante dos potenciais efeitos adversos e dos riscos associados, como observado no caso da sibutramina, cujo uso foi restringido pela Anvisa e suspenso em diversos países devido a efeitos cardiovasculares e ao risco de agravamento de comportamentos obsessivos em indivíduos com histórico de transtornos alimentares (Sales; Gomes; Ferreira, 2025). Ademais, os TA encontram-se fortemente relacionados ao contexto sociocultural contemporâneo, reforçando a necessidade de abordagens terapêuticas integradas e multidisciplinares (Werneck *et al.*, 2020).

Diante da complexidade dos transtornos alimentares, o manejo requer abordagem multiprofissional e intervenções não farmacológicas, sendo o tratamento medicamentoso usado como adjuvante no controle de comorbidades e sintomas. Este trabalho teve como

objetivo discutir, com base na literatura científica, o tratamento farmacológico desses transtornos.

TERAPIA PSICOFARMACOLÓGICA NA BULIMIA

A BN é um transtorno alimentar marcado por episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inadequados, como vômitos autoinduzidos, uso de laxantes ou exercícios excessivos, geralmente sem baixo peso significativo (Muratore; Attia, 2022).

As principais complicações da BN resultam dos comportamentos purgativos e incluem distúrbios hidroeletrólíticos, hipocalemia, alterações gastroesofágicas e aumento das glândulas parótidas. O tratamento busca interromper os ciclos de compulsão e purga por meio da redução da restrição alimentar e de estratégias terapêuticas voltadas à modulação dos comportamentos alimentares disfuncionais (Gibson; Workman; Mehler, 2019; Westmoreland; Krantz; Mehler, 2016).

Na BN, estudos farmacológicos apresentam resultados consistentes, com diferentes medicamentos mostrando eficácia superior ao placebo na redução dos sintomas centrais do transtorno (Muratore; Attia, 2022).

Os antidepressivos destacam-se no tratamento da BN, com revisões sistemáticas demonstrando que antidepressivos tricíclicos (ATC) e inibidores da monoaminoxidase (IMAO) reduzem a frequência de episódios de compulsão alimentar e purga (Yu *et al.*, 2023; Fornaro *et al.*, 2023). Entretanto, o uso desses medicamentos é limitado pela alta incidência de efeitos adversos, incluindo riscos cardiovasculares, como prolongamento do intervalo QTc. Além disso, a bupropiona é contraindicada em pacientes com BN devido ao maior risco de convulsões (Muratore; Attia, 2022).

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são a principal classe farmacológica no tratamento da BN, devido à sua eficácia clínica e perfil de segurança mais favorável (Fornaro *et al.*, 2023).

Entre os ISRS, a fluoxetina na dose de 60 mg/dia demonstrou reduzir significativamente os episódios de compulsão alimentar e vômitos em comparação ao placebo e a doses menores do medicamento (McElroy *et al.*, 2019; Yu *et al.*, 2023). Esses efeitos foram observados em adultos e adolescentes, com redução do risco de recaída após a manutenção do tratamento. Por isso, a fluoxetina tornou-se o único medicamento aprovado pela Food and Drug Administration para o tratamento da bulimia nervosa, consolidando-se como terapia farmacológica de primeira linha (Bello; Yeomans, 2018; Costandache *et al.*, 2023).

Entre os anticonvulsivantes, o topiramato tem se destacado no tratamento da BN por reduzir a compulsão alimentar, o peso corporal e sintomas associados, como ansiedade, mostrando-se superior ao placebo em ensaios clínicos (Hoopes *et al.*, 2003; Hedges *et al.*, 2004; Nickel *et al.*, 2005). Entretanto, o uso do topiramato exige cautela devido aos efeitos

adversos cognitivos e sensoriais, como lentificação do pensamento e parestesias, além da perda de peso, que pode ser indesejável em alguns casos (Rodan *et al.*, 2023).

De forma geral, a literatura aponta que o tratamento farmacológico da BN apresenta resultados mais favoráveis, especialmente na redução dos comportamentos de compulsão e purga. A fluoxetina permanece como a principal opção terapêutica, devido à sua eficácia, segurança e respaldo regulatório, enquanto as demais medicações devem ser avaliadas individualmente, considerando riscos e benefícios para cada paciente (Muratore; Attia, 2022).

Quadro 1 – Tratamento farmacológico adjuvante no transtorno de Bulimia

Classe farmacológica	Medicamento	Principais efeitos	Observações
Antidepressivos	Desipramina, Imipramina, Amineptina, Amitriptilina, Desipramina	Redução das compulsões, da purgação e dos sintomas depressivos, com melhores resultados em tratamentos prolongados e combinados, embora alguns aspectos do comportamento alimentar possam permanecer inalterados.	Alguns desfechos permanecem inalterados e os efeitos variam entre fármacos
Antagonista de opióides	Naltrexona	Redução da duração dos episódios de compulsão alimentar e melhora dos sintomas depressivos.	Não impactam de forma relevante na frequência das compulsões quando comparados ao placebo.
Inibidores seletivos da recaptação de serotonina	Fluoxetina, D-Fenfluramina, Fluvoxamina, Trazodona	Redução de episódios de compulsão e purgação, de sintomas depressivos e de recaídas, com maior eficácia que o placebo, especialmente em doses mais altas.	Apresentam boa tolerabilidade e maior adesão ao tratamento. A associação com psicoterapia pode melhorar alguns desfechos, embora nem sempre seja superior à psicoterapia isolada, com efeitos variáveis sobre imagem corporal e ansiedade.
Inibidores reversíveis da MAO	Moclobemida, Brofaromina	A brofaromina reduziu vômitos e peso, mas com muitos efeitos adversos; já a moclobemida foi segura, porém sem eficácia relevante na redução de compulsões e purgação.	Apresentam efeitos limitados no tratamento da bulimia nervosa, indicando baixa utilidade clínica global dessa classe.
Antiemético	Ondansetron	Redução de episódios de compulsão alimentar e vômitos, sem mudanças na duração ou frequência das compulsões.	Efeito relacionado com a modulação da neurotransmissão vagal, sugerindo um mecanismo de ação específico, embora ainda com evidências limitadas.

Anticonvulsivante	Topiramato	Redução da compulsão e purgação, com perda de peso e melhora da qualidade de vida, geralmente com boa tolerabilidade.	Benefícios consistentes em múltiplos desfechos clínicos, embora a evidência ainda seja limitada a poucos estudos.
-------------------	------------	---	---

Fonte: Elaborado pelos autores, (2026). Baseado no estudo de Fornaro *et al.*, (2023).

TERAPIA PSICOFARMACOLÓGICA NO TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

A compulsão alimentar se caracteriza como uma sensação de perda de controle sobre a alimentação que está associada com uma ingestão alimentar quantitativamente maior em um período de tempo específico comparado ao que a maioria das pessoas ingeriria em uma situação semelhante (American Psychiatric Association, 2013).

Nos últimos 30 anos, a pesquisa sobre TCAP tem aumentado consideravelmente, entretanto as conclusões sobre os tratamentos psicológicos mudaram relativamente pouco ao decorrer dos anos. Entretanto, vale ressaltar que essas intervenções não promovem perda de peso (Grilo, 2017). Nesse sentido, a farmacoterapia é considerada na indisponibilidade dos tratamentos não farmacológicos ou quando são insuficientes para atingir os objetivos do tratamento (Muratore; Attia, 2023).

Apenas um medicamento foi aprovado de forma oficial para o TCAP, sendo o Dimesilato de Lisdexanfetamina (LDX), aprovado em 2015, indicado para o grau grave a moderado do TCAP (Grilo, 2024).

Em indivíduos que receberam LDX durante uma fase de otimização por 3 semanas e fase de manutenção de 8 semanas, houve ao fim do estudo, redução média significativa na frequência de compulsão alimentar em comparação ao placebo (McElroy *et al.*, 2016). O uso do LDX apresentou um perfil de segurança e tolerabilidade. Eventos adversos foram encontrados em ambos os grupos, placebo e LDX, no ECR de McElroy *et al.* (2016). Os eventos adversos mais comuns envolvem boca seca, cefaléia e insônia que foram relatados em menos de 10% dos indivíduos que receberam LDX, o aumento da frequência cardíaca e pressão arterial também foram encontrados ao longo das semanas. Vale ressaltar que esses efeitos adversos foram caracterizados como leves ou moderados.

Entretanto, mesmo com o perfil de segurança, a aprovação do LDX envolve preocupações devido ser um medicamento tarja preta. O LDX foi classificado como substância controlada de classe II, sendo uma preocupação com o potencial uso indevido (Bello; Yeomans, 2018; Grilo, 2024). Ademais, o fármaco não demonstrou efeito na redução de peso, o que reforça sua inadequação como opção terapêutica para o manejo da obesidade (Grilo, 2024).

Apesar das propriedades descritas em ensaios clínicos, o LDX representa um aporte limitado, sendo necessário que mais estratégias sejam propostas com o objetivo de desenvolver terapias mais seguras, eficazes e específicas (Bello; Yeomans, 2018). Outras classes de medicamentos vem sendo estudados para o tratamento do TCAP, entre eles destacam-se, os antidepressivos e anticonvulsivantes (Muratore; Attia, 2023).

Os antidepressivos são uma classe de medicamentos frequentemente prescritos fora das recomendações para o tratamento de TCAP. A fluoxetina é um dos fármacos mais estudados, apresentando resultados controversos quanto a sua eficácia na diminuição da compulsão alimentar comparado ao placebo. Já em relação ao peso, é conhecido que os antidepressivos ISRS não promovem perda de peso significativa (Muratore; Attia, 2023; Grilo *et al.*, 2024).

Os anticonvulsivantes são estudados como potenciais medicamentos para a terapia farmacológica no TCAP e obesidade. A zonisamida apresentou redução da compulsão alimentar e perda de peso a curto prazo e após 1 ano de acompanhamento, entretanto, o medicamento pode não ser bem tolerado pelos pacientes (Muratore; Attia, 2023). O Topiramato produz efeitos significativos na compulsão alimentar e perda de peso quando comparados ao placebo, entretanto, o medicamento apresenta alta probabilidade de eventos adversos graves, além disso, a grande maioria dos pacientes abandonam o uso da medicação a longo prazo (Grilo *et al.*, 2024).

O quadro 2 apresenta o resumo dos medicamentos com indicação para o TCAP, bem como algumas observações.

Quadro 2 – Tratamento farmacológico adjuvante no transtorno de compulsão alimentar Periódica

Classe farmacológica	Medicamento	Principais efeitos	Observações
Psicoestimulante	Dimesilato de Lisdexanfetamina	Cessamento dos episódios de compulsão alimentar por um curto período de tempo	Potencialmente suscetível ao uso indevido. Atenção especial aos sinais vitais e saúde cardiovascular do paciente
Antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina	Fluoxetina, citalopram, escitalopram e fluvoxamina	Redução significativa na compulsão alimentar, com maiores taxas de abstinência	Não promovem significativa perda de peso
Anticonvulsivantes	Zonisamida e topiramato	Redução da compulsão alimentar e perda de peso a curto prazo e após 1 ano de acompanhamento	Apresenta pouca tolerabilidade pelos pacientes

Fonte: Elaborado pelos autores (2026). Baseado no estudo de Muratore; Attia (2023).

Entretanto, vale destacar que essas terapias farmacológicas são limitadas, visto que os medicamentos usados nos transtornos alimentares são “reaproveitados”. Nesse cenário, é importante que o paciente receba a informação correta sobre o mecanismo de ação do fármaco e do porquê ele está ingerindo para o TCAP.

TERAPIA PSICOFARMACOLÓGICA NA ANOREXIA NERVOSA

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar caracterizado pela restrição persistente da ingestão calórica, resultando em baixo peso corporal e significativos danos físicos e psicológicos. Além das alterações nutricionais, é frequentemente associada a sintomas psiquiátricos, como ansiedade, depressão, alterações de humor e prejuízos cognitivos, o que contribui para a complexidade do quadro clínico (Muratone *et al.*, 2022). Com a progressão da doença, podem surgir complicações graves decorrentes da desnutrição prolongada, incluindo distúrbios menstruais, redução da densidade mineral óssea, alterações cardiovasculares e aumento do risco de morbidade e mortalidade (Giordani, 2011). Diante disso, o tratamento farmacológico vem sendo investigado como estratégia complementar ao acompanhamento nutricional e psicoterapêutico, visando reduzir sintomas associados e melhorar os desfechos clínicos (Muratone *et al.*, 2022).

Os antidepressivos foram inicialmente explorados devido à sua eficácia no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos (Infarmed, 2020). No entanto, os antidepressivos de primeira geração, como os inibidores da monoamina oxidase (IMAOs) e os antidepressivos tricíclicos (ADTs), demonstraram baixo perfil de segurança e ausência de benefícios terapêuticos consistentes em pacientes com anorexia nervosa. Dessa forma, seu uso não é recomendado para estes indivíduos, conforme apontado por diretrizes e estudos clínicos (Associação Psiquiátrica Americana, 2006; Aigner *et al.*, 2011; Marvanova; Gramith, 2018).

Por outro lado, os antidepressivos de segunda geração, especialmente os ISRS, apresentam melhor tolerabilidade e perfis de segurança mais favoráveis, sendo, portanto, mais frequentemente considerados no manejo farmacológico da AN. Estudos indicaram que esses fármacos podem ser úteis principalmente no tratamento de sintomas depressivos e ansiosos associados, embora sua eficácia direta na recuperação do peso ainda seja limitada (Attia *et al.*, 1998). Entre os ISRS, a fluoxetina destaca-se no tratamento da depressão e na redução de sintomas depressivos associados à anorexia nervosa (Edwards *et al.*, 1995). Entretanto, seu uso pode causar reações adversas, incluindo risco de ideação suicida, o que exige acompanhamento clínico rigoroso durante o tratamento (Tiihonen *et al.*, 2006).

É importante ressaltar que nem todos os antidepressivos são seguros para pacientes com transtornos alimentares. A bupropiona, por exemplo, é formalmente contraindicada em indivíduos com anorexia nervosa e outros distúrbios alimentares, devido ao aumento do risco de convulsões, especialmente em contextos de desnutrição e desequilíbrios eletrolíticos (Marvanova *et al.*, 2018).

O tratamento da AN exige uma abordagem multiprofissional, motivada principalmente pela grande resistência dos pacientes em iniciarem um tratamento psicofarmacológico decorrente do medo de possíveis efeitos colaterais, como o ganho de peso. O profissional de saúde deve selecionar a medicação mais adequada, considerando sempre as necessidades específicas de cada paciente (Frank, 2020).

Quadro 3 – Tratamento farmacológico adjuvante na anorexia nervosa

Classe farmacológica	Medicamento	Indicação clínica	Principais efeitos	Observações
Anti Histamínico com ação orexígena	Ciproheptadina (Periatin®)	Anorexia nervosa restritiva grave com hiperatividade	Estimula o apetite e promove sedação	Uso preferencial no início da internação; benefício a curto prazo
Antipsicótico típico	Clorpromazina (Amplictil®)	Anorexia nervosa do tipo purgativo	Reduz vômitos, melhora sono e aceitação alimentar	Necessita monitoramento por risco de sedação e hipotensão
Procinético	Metoclopramida (Plasil®)	Plenitude gástrica em pacientes graves	Melhora o esvaziamento gástrico	Uso temporário durante fase inicial
Antidepressivo ISRS	Fluoxetina / Citalopram	Sintomas depressivos persistentes	Melhora do humor	Não indicado no início do tratamento
Antidepressivo tricíclico	Imipramina	Transtorno depressivo associado	Ação antidepressiva	Pode causar retenção hídrica e ganho de peso
Ansiolíticos	Bromazepam / Clonazepam / Lorazepam	Ansiedade relacionada às refeições	Redução da ansiedade pré-prandial	Uso curto devido ao risco de dependência

Fonte: Adaptado de Cabrera *et al.* (2006, p. 378-379)

O quadro 3 mostra os principais medicamentos, separados por suas classes farmacológicas, adjuvantes no tratamento da AN, destacando suas indicações clínicas e perfil de segurança. Observa-se que, em todas as classes, há contraindicações e exige acompanhamento individualizado para cada paciente. Os antidepressivos são amplamente manejados no tratamento de distúrbios como depressão e ansiedade, mas possuem uma eficácia direta limitada para o tratamento da AN.

Diante dessas limitações, torna-se evidente que o tratamento farmacológico isolado não é suficiente para o manejo da anorexia nervosa. Assim, faz-se necessária a integração da farmacoterapia com abordagens não farmacológicas, como o acompanhamento nutricional e as intervenções psicoterapêuticas, que permanecem como pilares fundamentais no tratamento do transtorno.

CONCLUSÃO

A terapia psicofarmacológica no tratamento de transtornos alimentares emerge como uma ferramenta auxiliar aos tratamentos terapêuticos convencionais com impactos diretos na saúde e bem-estar social dos indivíduos. É imperiosa a necessidade de acompanhamento multiprofissional para garantir o perfil de segurança da terapia medicamentosa, com prescrições individualizadas e seguindo protocolos clínicos rigorosos e monitoramento da farmacoterapia.

De modo geral, a terapia psicofarmacológica nos transtornos alimentares deve ser compreendida como parte de uma estratégia terapêutica ampla e integrada, não substituindo as abordagens psicoterapêuticas e nutricionais, mas atuando como suporte no controle de sintomas e comorbidades associadas. A atuação multiprofissional, aliada à prescrição responsável e ao acompanhamento rigoroso, é fundamental para promover maior segurança, adesão ao tratamento e melhores desfechos clínicos.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fifth Edition ed. [S.l.]: American Psychiatric Association, 2013.
- CAMARGOS, S. P. S.; SANTANA, J. J. R. A. Intolerância à incerteza nos transtornos alimentares: Revisão Narrativa. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 1, n.1, p. 249-260, 2022.
- COSTANDACHE, G. I.; *et al.* Uma visão geral do tratamento de transtornos alimentares em adultos e adolescentes: farmacologia e psicoterapia. **Psychiatry & Neurology**, v. 32, n. 1, p. 40-48, 2023.
- FERREIRA, J. G. S.; *et al.* Revisão da literatura sobre o tratamento farmacológico dos Transtornos Alimentares. **Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 1, 2022.
- FORNARO, M.; *et al.* Psicofarmacologia dos transtornos alimentares: Revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados. **Journal of Affective Disorders**, v. 338, p. 526-545, 2023.
- GIBSON, D.; WORKMAN, C.; MEHLER, P. S. Complicações médicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. **Psiquiatra Clin North Am**, v. 42, n. 2, p. 263–74, 2019.
- GRILO, C. M. *et al.* Naltrexone-Bupropion and Behavior Therapy, Alone and Combined, for Binge-Eating Disorder: Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial. **American**

Journal of Psychiatry, v. 179, n. 12, p. 927–937, 2022.

GRILO, C. M. Psychological and Behavioral Treatments for Binge-Eating Disorder. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 78, n. Suppl 1, p. 20–24, 2017.

GRILO, C. M. Treatment of Eating Disorders: Current Status, Challenges, and Future Directions. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 20, n. 1, p. 97–123, 2024.

HEDGES, D. W.; *et al.* Tratamento da Bulimia Nervosa com Topiramato em um ensaio randomizado, duplo-cego e controlado com placebo, Parte 2. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 64, n. 12, p. 1449-1454, 2004.

HOOPES, S. P.; *et al.* Tratamento da bulimia nervosa com topiramato em um ensaio randomizado, duplo-cego e controlado por placebo, parte 1: melhora nas medidas de compulsão e purga. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 64, n. 11, p. 1335-1341, 2003.

KESBY, A.; *et al.* Intolerance of Uncertainty in eating disorders: An update on the field. **Clinical Psychology Review**, v. 56, p. 94-105, 2017.

MANOCHIO, M. G.; *et al.* Tratamento dos transtornos alimentares: perfil dos pacientes e desfecho do seguimento. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 32-40, 2018.

MCELROY, S. L.; *et al.* Avanço no desenvolvimento de agentes farmacológicos para tratar bulimia nervosa. **Medicamentos do SNC**, v. 33, p. 31-46, 2019.

MCELROY, S. L. *et al.* Lisdexamfetamine Dimesylate for Adults with Moderate to Severe Binge Eating Disorder: Results of Two Pivotal Phase 3 Randomized Controlled Trials. **Neuropsychopharmacology**, v. 41, n. 5, p. 1251–1260, 2016.

MURATORE, A. F.; ATTIA, E. Manejo Psicofarmacológico dos Transtornos Alimentares. **Relatórios psiquiátricos atuais**, v. 24, n. 7, p. 345-351, 2022.

NICKEL, C.; *et al.* Tratamento com topiramato em pacientes com bulimia nervosa: um ensaio randomizado, duplo-cego e controlado por placebo. **International Journal of Eating Disorders**, v. 38, n. 4, p. 295-300, 2005.

RODAN, S. C.; *et al.* Farmacoterapia, terapias alternativas e complementares para transtornos alimentares: achados de uma revisão rápida. **Journal of Eating Disorders**, v. 11, p. 112, 2023.

SALES, B. H. B.; GOMES, L. G. S.; FERREIRA, C. F. M. O papel da farmacoterapia no tratamento dos transtornos alimentares: efeitos, limitações e perspectivas interdisciplinares. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 11, 2025.

SCHAUMBERG, K.; *et al.* Conceptualizing eating disorder psychopathology using an anxiety disorders framework: Evidence and implications exposure-based clinical research. **Clinical Psychology Review**, v. 83, 2021.

TREASURE, J. Transtornos alimentares. **Medicine**, v. 48, n. 11, p. 727-731, 2020.

URBÓN LADRERO, E. Inteligencia emocional y comportamientos alimentarios en estudiantes de la Facultad de Educación de la Universidad de Zaragoza. **Revista INFAD De Psicología, International Journal of Developmental and Educational Psychology**, v. 2, n. 2, p. 71–80, 2021.

VIANNA, M.V. **Compulsão Alimentar & Cirurgia Bariátrica: aspectos da fome que o bisturino alcança**. 2018. 186f. Tese (Doutorado): Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2018.

WERNECK, A. O.; *et al.* Lifestyle behaviors changes during the COVID-19 pandemic quarantine among 6,881 Brazilian adults with depression and 35,143 without depression. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p.4151-4156, 2020

WESTMORELAND, P.; KRANTZ, M. J.; MEHLER, P. S. Complicações médicas da anorexia nervosa e bulimia. **The American Journal of Medicine**, v. 129, n. 1, p. 30-37, 2016.

YU, S.; *et al.* Eficácia das farmacoterapias para bulimia nervosa: uma revisão sistemática e meta-análise. **BMC Pharmacol Toxicol**, v. 24, n. 1, p. 72, 2023.

AIGNER, M.; TREASURE, J.; KAYE, W.; KASPER, S. Diretrizes da Federação Mundial de Sociedades de Psiquiatria Biológica (WFSBP) para o tratamento farmacológico dos transtornos alimentares. **World Journal of Biological Psychiatry**, Londres, v. 12, n. 6, p. 400–443, 2011.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *Diretriz prática para o tratamento de pacientes com transtornos alimentares*. 3. ed. Washington: **American Journal of Psychiatry**, v. 163, p. 1–128, 2006.

ATTIA, E.; HAIMAN, C.; WALSH, B. T.; FLATER, S. R. A fluoxetina complementa o tratamento hospitalar da anorexia nervosa? **American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 4, p. 548–551, 1998.

CABRERA, Catalina Camas. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 39, n. 3, p. 375–380, 2006.

EDWARDS, J. C. Drug choice in depression: selective serotonin reuptake inhibitors or tricyclic antidepressants. **CNS Drugs**, v. 4, p. 141–159, 1995.

FRANK, Guido K. W. Pharmacotherapeutic strategies for the treatment of anorexia nervosa: too much for one drug? **Expert Opinion on Pharmacotherapy**, v. 21, n. 9, p. 1045–1058, 2020.

GIORDANI, Rubia Carla Formighieri. A autoimagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, p. 81–88, 2006.

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. *Infomed: base de dados de medicamentos*. Lisboa, [s.d.]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/>.

MARVANOVA, M.; GRAMITH, K. Papel dos antidepressivos no tratamento de adultos com anorexia nervosa. **Mental Health Clinician**, v. 8, n. 3, p. 127–137, 2018.

TIIHONEN, J.; LÖNNQVIST, J.; WALBECK, K.; KLAUKKA, T.; TANSKANEN, A.; HAUKKA, J. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, p. 1358–1367, 2006.

O PAPEL DA PSICOLOGIA NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: TERAPIAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS

Anna Júlia de Moraes Brauna¹;

Centro Universitário de Balsas (UNIBALSAS), Balsas, Maranhão.

<https://orcid.org/0009-0003-6116-9838>

Maijane Luar Mendonça de Sousa²;

Centro Universitário de Balsas (UNIBALSAS), Balsas, Maranhão.

<https://orcid.org/0009-0009-7859-3962>

Paulo Víctor de Lima Sousa³;

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

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

Larissa Milhomem de Sousa⁴.

Uninassau, Teresina - Piauí.

<http://lattes.cnpq.br/7813821013980425>

RESUMO: O presente capítulo discute o papel da psicologia no tratamento dos transtornos alimentares (TA), enfatizando as contribuições das terapias cognitivas e comportamentais, especialmente da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Os transtornos alimentares configuram condições clínicas complexas, relacionadas a fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, envolvendo prejuízos significativos à saúde física, emocional e ao funcionamento psicossocial dos indivíduos acometidos. A partir de uma revisão narrativa da literatura, baseada em produções científicas nacionais e internacionais, o estudo aborda os principais aspectos psicológicos envolvidos nesses quadros, incluindo distorções da imagem corporal, rigidez cognitiva, dificuldades na regulação emocional, perfeccionismo e padrões disfuncionais de autoavaliação. Além disso, destaca-se a atuação do psicólogo no contexto multiprofissional, enfatizando sua relevância na avaliação clínica, no acompanhamento terapêutico, na construção da aliança terapêutica e na promoção da adesão ao tratamento. O capítulo também discute a Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada (TCC-E), modelo transdiagnóstico amplamente recomendado para o tratamento dos transtornos alimentares, por atuar na modificação de crenças disfuncionais e na construção de estratégias adaptativas de enfrentamento emocional. Conclui-se que a atuação psicológica, integrada ao cuidado multiprofissional, favorece mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais duradouras, contribuindo significativamente para a prevenção de recaídas, recuperação

clínica, promoção da saúde mental e melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos alimentares; Psicologia; Terapia Cognitivo-Comportamental.

THE ROLE OF PSYCHOLOGY IN THE TREATMENT OF EATING DISORDERS: COGNITIVE AND BEHAVIORAL THERAPIES

ABSTRACT: This chapter discusses the role of psychology in the treatment of eating disorders (ED), emphasizing the contributions of cognitive and behavioral therapies, especially Cognitive-Behavioral Therapy (CBT). Eating disorders constitute complex clinical conditions, related to biological, psychological and sociocultural factors, involving significant damage to the physical and emotional health and psychosocial functioning of affected individuals. Based on a narrative review of the literature, based on national and international scientific productions, the study addresses the main psychological aspects involved in these conditions, including body image distortions, cognitive rigidity, difficulties in emotional regulation, perfectionism and dysfunctional patterns of self-evaluation. Furthermore, the role of the psychologist in the multidisciplinary context stands out, emphasizing its relevance in clinical assessment, therapeutic monitoring, building the therapeutic alliance and promoting adherence to treatment. The chapter also discusses Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy (CBT-E), a transdiagnostic model widely recommended for the treatment of eating disorders, as it works to modify dysfunctional beliefs and build adaptive emotional coping strategies. It is concluded that psychological action, integrated into multidisciplinary care, favors lasting cognitive, emotional and behavioral changes, contributing significantly to the prevention of relapses, clinical recovery, promotion of mental health and improvement in patients' quality of life

KEYWORDS: Eating disorders; Psychology; Cognitive-Behavioral Therapy.

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) constituem condições clínicas complexas, caracterizadas pela interação entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais, o que exige intervenções que ultrapassem abordagens isoladas (Cordás & Claudino, 2002). Conforme apontam Ida e Silva (2007), esses transtornos não podem ser compreendidos apenas sob uma perspectiva individual, uma vez que emergem de contextos marcados por pressões sociais e culturais relacionadas ao corpo, ao peso e aos ideais contemporâneos de magreza.

Considerando as estratégias nutricionais, clínicas e farmacológicas discutidas nos capítulos anteriores, torna-se fundamental compreender o papel da psicologia no tratamento dos TA. A atuação psicológica possibilita a identificação e o manejo dos fatores emocionais, cognitivos e comportamentais que sustentam esses quadros, favorecendo intervenções baseadas em evidências e ajustadas às necessidades singulares de cada paciente (Hay *et al.*, 2009).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição, Texto Revisado (DSM-5-TR), os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. Entre os quadros mais prevalentes destacam-se a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e o Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), todos associados a sofrimento psicológico intenso e impacto relevante na qualidade de vida (American Psychiatric Association, 2014).

Nesse contexto, este capítulo tem como objetivo discutir as contribuições da psicologia no tratamento dos TA, com ênfase na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), reconhecida na literatura como abordagem de primeira linha para o manejo desses transtornos.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Na prática clínica, a psicologia compreende que os transtornos alimentares envolvem não apenas padrões disfuncionais de alimentação, mas também profundas perturbações na autoimagem, nos processos cognitivos e emocionais, refletindo sofrimento psíquico que ultrapassa as consequências físicas tradicionais (DUCHESNE; ALMEIDA, 2002).

Estudos indicam que a insatisfação corporal constitui um dos fatores psicológicos mais fortemente associados ao desenvolvimento e à manutenção dos transtornos alimentares (DOS SANTOS *et al.*, 2023). Distorções na percepção e na avaliação do próprio corpo intensificam comportamentos alimentares disfuncionais, contribuindo tanto para a restrição alimentar quanto para episódios de compulsão (Silva *et al.*, 2023).

Além disso, evidências provenientes de estudos de neuroimagem sugerem alterações em sistemas neurais envolvidos na percepção corporal e no processamento emocional. Carvalho (2023) destaca o envolvimento de regiões como a ínsula e o córtex cingulado anterior, reforçando que a distorção da imagem corporal resulta da interação entre processos neurobiológicos, cognitivos e afetivos.

Nesse contexto, esse entendimento amplia o foco da intervenção psicológica, que não se restringe à modificação de comportamentos alimentares observáveis, mas busca compreender os processos internos que os sustentam, como crenças disfuncionais sobre o corpo, padrões perfeccionistas de autoavaliação, rigidez cognitiva e dificuldades na

regulação emocional.

O PAPEL DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

A atuação do psicólogo é central no tratamento dos TA, considerando o sofrimento psíquico significativo envolvido nesses quadros. Conforme discutido por Neyanne (2018), o psicólogo contribui para a avaliação clínica, o planejamento psicoterapêutico e o acompanhamento contínuo do paciente, favorecendo intervenções que promovem mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais.

No contexto multiprofissional, a psicologia atua de forma integrada à nutrição e à psiquiatria, favorecendo a adesão ao tratamento e no manejo de resistências e ambivalências frequentemente observadas nesses quadros. A literatura aponta que o fortalecimento da aliança terapêutica constitui um elemento fundamental para a continuidade do tratamento e para a efetividade das intervenções psicológicas (PIRES; LAPORT, 2019).

No campo da psicologia, diferentes abordagens psicoterapêuticas têm sido utilizadas no tratamento dos transtornos alimentares, com destaque para a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a terapia familiar e intervenções de base psicodinâmica. Entre essas, a TCC apresenta forte respaldo empírico, sendo amplamente recomendada por atuar na identificação e modificação de pensamentos disfuncionais relacionados à alimentação, à imagem corporal e à autoestima, além de favorecer maior adesão ao tratamento e redução dos sintomas (SILVA *et al.*, 2023; BRONZATTO; LOURENCETI, 2024).

Além disso, a atuação ética do psicólogo é indispensável, especialmente em quadros graves, como a anorexia nervosa, nos quais podem existir riscos clínicos importantes, torna-se essencial reconhecer os limites da atuação psicológica e manter comunicação constante com a equipe multiprofissional, adotando condutas alinhadas à segurança do paciente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

No cenário contemporâneo do tratamento dos Transtornos Alimentares (TA), a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) não apenas se destaca, mas é amplamente reconhecida como a abordagem de maior lastro empírico. O que a torna tão robusta é a sua fundamentação no modelo de processamento de informações: a premissa de que a psicopatologia desses quadros é sustentada por uma interdependência severa entre cognição, emoção e conduta (BECK, 2011).

Um ponto crucial, frequentemente observado na clínica, é o que Silva *et al.* (2023) descrevem como a “supervalorização do peso”, não se trata apenas de uma preocupação estética, mas de um esquema cognitivo rígido onde o valor do “eu” é reduzido ao número na

balança. Sob esse prisma, a restrição dietética e a compulsão deixam de ser comportamentos isolados e passam a ser vistos como engrenagens de um ciclo de manutenção do transtorno.

Na prática clínica, a TCC caracteriza-se por intervenções estruturadas e ativas. Como bem pontuam Bronzatto e Lourenceti (2024), o terapeuta deve utilizar ferramentas como o automonitoramento e a psicoeducação para que o paciente recupere a flexibilidade cognitiva. Configurando um processo sistemático de desenvolvimento de consciência emocional e alimentar com foco em autoeficácia e prevenção de recaídas (SILVA *et al.*, 2023) o que aponta para um modelo terapêutico que ultrapassa a redução imediata de sintomas, favorecendo a construção de autonomia e sustentação das mudanças terapêuticas.

Além disso, a Terapia Cognitivo-Comportamental adota uma compreensão funcional dos comportamentos alimentares, fundamentada nos princípios da análise funcional do comportamento e do modelo cognitivo. Nesse referencial, o foco da intervenção desloca-se da descrição isolada dos comportamentos para a compreensão das condições antecedentes e consequentes que contribuem para sua manutenção (BECK, 2011).

A restrição alimentar, os episódios de compulsão e os comportamentos compensatórios passam, assim, a ser compreendidos como estratégias aprendidas de enfrentamento, frequentemente acionadas diante de emoções aversivas, conflitos interpessoais ou estados internos marcados por autocobrança e desamparo, conforme descrito na literatura sobre transtornos alimentares (CORDÁS, 2004; SILVA *et al.*, 2023).

Essa leitura funcional permite intervenções mais precisas e individualizadas, ao possibilitar a identificação de gatilhos cognitivos, emocionais e contextuais que antecedem e reforçam os comportamentos alimentares disfuncionais. A partir dessa compreensão, o terapeuta pode planejar estratégias que visem à modificação tanto das crenças associadas quanto das contingências comportamentais envolvidas, favorecendo o desenvolvimento de repertórios de enfrentamento mais adaptativos (BRONZATTO; LOURENCETI, 2024).

Outro aspecto central da TCC no tratamento dos transtornos alimentares refere-se à formulação cognitiva individualizada do caso. Diferentemente de abordagens exclusivamente protocolizadas, a TCC utiliza hipóteses clínicas construídas de forma colaborativa entre terapeuta e paciente, integrando eventos de vida, crenças centrais, padrões emocionais e comportamentos alimentares. Essa formulação orienta o planejamento terapêutico e possibilita ajustes contínuos ao longo do processo, respeitando o ritmo, as resistências e o nível de motivação do paciente para a mudança (BECK, 2011).

A relação terapêutica, é compreendida como um fator facilitador essencial do processo de mudança. No modelo proposto por Beck (2011), a postura colaborativa, empírica e validante do terapeuta favorece o estabelecimento de uma aliança terapêutica funcional, condição necessária para a identificação e modificação de pensamentos automáticos e crenças disfuncionais. Nos transtornos alimentares, essa relação assume relevância particular diante da ambivalência em relação ao tratamento, da negação parcial do quadro e do medo da perda de controle frequentemente descritos na literatura clínica (SILVA *et al.*,

2023).

O engajamento ativo do paciente, por sua vez, é um pressuposto central da TCC, uma vez que a mudança cognitiva e comportamental ocorre a partir da testagem empírica de hipóteses no cotidiano, por meio de experimentos comportamentais, tarefas entre sessões e monitoramento sistemático de pensamentos, emoções e comportamentos (BECK, 2011).

Dessa forma, o paciente deixa de ocupar uma posição passiva no tratamento, tornando-se agente ativo no processo terapêutico, o que contribui para o fortalecimento do senso de autoeficácia e para a generalização das mudanças obtidas em sessão. A Terapia Cognitivo-Comportamental não se restringe à redução sintomática imediata, mas visa promover mudanças estruturais no funcionamento cognitivo e emocional do indivíduo.

Ao favorecer maior flexibilidade cognitiva, consciência emocional e capacidade de regulação do comportamento alimentar, a abordagem contribui para a construção de repertórios mais adaptativos de enfrentamento, reduzindo a dependência de estratégias alimentares disfuncionais diante do sofrimento psíquico (BRONZATTO; LOURENCETI, 2024).

Dessa forma, a TCC consolida-se como uma intervenção que articula rigor técnico, fundamentação teórica consistente e aplicabilidade clínica, mostrando-se especialmente eficaz em quadros nos quais a rigidez cognitiva, o perfeccionismo clínico e as dificuldades na regulação emocional desempenham papel central na manutenção dos transtornos alimentares (SILVA *et al.*, 2023).

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL TRANSDIAGNÓSTICA

O modelo cognitivo-comportamental específico para os transtornos alimentares foi sistematizado a partir da Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada (TCC-E), a qual parte do pressuposto de que diferentes transtornos alimentares compartilham mecanismos psicopatológicos comuns, como a supervalorização do peso e da forma corporal, o perfeccionismo clínico e dificuldades na regulação emocional. Essa compreensão transdiagnóstica possibilita uma abordagem mais abrangente e adaptável às diferentes apresentações clínicas dos transtornos alimentares, superando modelos diagnósticos rígidos e permitindo intervenções mais ajustadas às demandas individuais de cada paciente (BRONZATTO; LOURENCETI, 2024).

A TCC-E propõe intervenções direcionadas a esses fatores centrais, adaptando estratégias conforme as necessidades individuais do paciente, por meio de técnicas como o automonitoramento, a reestruturação cognitiva, o planejamento alimentar colaborativo e o manejo de comportamentos alimentares disfuncionais. Essas intervenções visam não apenas a redução dos sintomas alimentares, mas também a modificação de crenças centrais disfuncionais relacionadas à autoimagem, ao valor pessoal e ao controle, favorecendo mudanças cognitivas e emocionais mais profundas e duradouras (SILVA *et al.*, 2023).

Além disso, a TCC-E organiza o processo terapêutico de forma estruturada e progressiva, com definição clara de objetivos, monitoramento contínuo dos avanços e revisão sistemática das estratégias utilizadas. Esse formato favorece a participação ativa do paciente no tratamento, fortalecendo a aliança terapêutica e promovendo maior autonomia ao longo do processo psicoterapêutico. A colaboração entre terapeuta e paciente é um elemento central dessa abordagem, contribuindo para o enfrentamento das resistências e ambivalências frequentemente observadas nos transtornos alimentares (SILVA *et al.*, 2023).

Outro aspecto relevante da TCC-E refere-se à possibilidade de inclusão de módulos específicos voltados a dificuldades associadas, como o perfeccionismo clínico, a baixa autoestima persistente e problemas de regulação emocional. A flexibilização do modelo permite que essas questões sejam trabalhadas de forma integrada ao tratamento dos sintomas alimentares, ampliando a efetividade das intervenções e reduzindo o risco de recaídas.

Dessa forma, a abordagem transdiagnóstica mostra-se especialmente útil em quadros complexos e comorbidades frequentes (BRONZATTO; LOURENCETI, 2024). A Terapia Cognitivo-Comportamental, especialmente em sua versão aprimorada, configura-se como uma abordagem eficaz e amplamente respaldada para o tratamento dos transtornos alimentares.

Em suma, ao atuar de maneira estruturada, colaborativa e individualizada sobre os fatores cognitivos, emocionais e comportamentais envolvidos na manutenção desses quadros, a TCC-E favorece intervenções mais consistentes, a consolidação de mudanças terapêuticas ao longo do tempo e a promoção de maior autonomia e qualidade de vida aos pacientes.

ABORDAGENS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS COMPLEMENTARES

Além da Terapia Cognitivo-Comportamental tradicional, abordagens cognitivas e comportamentais contemporâneas têm sido discutidas como estratégias complementares no tratamento dos transtornos alimentares. Nesse contexto, a Terapia Comportamental Dialética vem sendo considerada uma abordagem potencialmente útil, especialmente em quadros marcados por impulsividade e dificuldades na regulação emocional, como a bulimia nervosa e o transtorno da compulsão alimentar periódica, uma vez que tais fatores estão diretamente implicados na manutenção dos comportamentos alimentares disfuncionais (BLOC *et al.*, 2019).

Estudos indicam que dificuldades na regulação emocional ocupam papel central na gênese e na manutenção dos transtornos alimentares (BLOC *et al.*, 2019). De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023), comportamentos como compulsão alimentar, restrição alimentar e práticas compensatórias frequentemente se associam a estados

emocionais negativos intensos. Nessa perspectiva, tais comportamentos podem funcionar como tentativas inadequadas de enfrentamento de emoções como ansiedade, culpa, vergonha e frustração, ainda que promovam alívio apenas momentâneo, reforçando ciclos de sofrimento psíquico (CORDÁS, 2004). Estudos de revisão indicam que a dificuldade em identificar, tolerar e manejar adequadamente as emoções contribui para a persistência desses padrões comportamentais, tornando a regulação emocional um alvo central das intervenções psicológicas nos transtornos alimentares (BLOC *et al.*, 2019).

Nesse sentido, a compreensão dos transtornos alimentares como quadros marcados por dificuldades emocionais persistentes amplia a leitura exclusivamente comportamental ou nutricional desses transtornos. A literatura clínica descreve que, em muitos casos, o comportamento alimentar disfuncional passa a ocupar uma função reguladora, ainda que disfuncional, diante da incapacidade do indivíduo de lidar de forma adaptativa com emoções intensas ou conflituosas (CORDÁS, 2004). Essa dinâmica contribui para o fortalecimento de padrões rígidos de comportamento e pensamento, nos quais o controle alimentar, a compulsão ou os comportamentos compensatórios tornam-se estratégias recorrentes para a redução do sofrimento emocional, reforçando o ciclo de manutenção do transtorno (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023).

Diante desse cenário, intervenções psicológicas que priorizam o desenvolvimento de habilidades emocionais mostram-se especialmente relevantes no tratamento dos transtornos alimentares. A Terapia Comportamental Dialética, ao enfatizar o ensino de estratégias voltadas à regulação emocional, à tolerância ao mal-estar e ao manejo da impulsividade, apresenta coerência teórica com as demandas clínicas desses quadros. Embora sua utilização nos transtornos alimentares seja frequentemente descrita como complementar, seus princípios contribuem para ampliar o repertório de enfrentamento emocional dos pacientes, reduzindo a dependência de comportamentos alimentares desadaptativos como resposta ao sofrimento psíquico (BLOC *et al.*, 2019).

Dessa forma, a regulação emocional consolida-se como um eixo central na compreensão e no manejo clínico dos transtornos alimentares, justificando a incorporação de abordagens terapêuticas que ultrapassam a modificação cognitiva e comportamental tradicional. A Terapia Comportamental Dialética, quando integrada à Terapia Cognitivo-Comportamental, favorece uma abordagem mais abrangente e individualizada, alinhada à complexidade psicopatológica desses transtornos e às diretrizes diagnósticas atuais. Tal integração contribui para intervenções mais consistentes, maior adesão ao tratamento e para a promoção de mudanças terapêuticas sustentáveis ao longo do tempo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2023; BLOC *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicologia desempenha papel central no tratamento dos TA, ao possibilitar a compreensão do sofrimento subjetivo que sustenta os comportamentos alimentares disfuncionais. As terapias cognitivas e comportamentais, especialmente a TCC e seus modelos derivados, constituem abordagens empiricamente validadas e amplamente recomendadas para esses quadros.

Ao focalizar crenças disfuncionais, rigidez cognitiva, dificuldades na regulação emocional e padrões de autocrítica, a intervenção psicológica contribui para mudanças mais consistentes e duradouras no funcionamento cognitivo e emocional do indivíduo. Dessa forma, a atuação da psicologia, quando integrada ao cuidado multiprofissional, contribui para a recuperação clínica, a prevenção de recaídas e a promoção da saúde mental e 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. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T. **Abordagens psicológicas nos transtornos alimentares**. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 1–15, 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5-TR**. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- BECK, A. T. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BLOC, L. G. *et al.* **Transtorno de Compulsão Alimentar: Revisão Sistemática da Literatura**. *Revista Psicologia e Saúde*, p. 3–17, 8 fev. 2019.
- BRONZATTO, L.; LOURENCETI, M. D. **Intervenções psicológicas nos transtornos alimentares: contribuições da TCC**. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 2024.
- CARVALHO, M. N. P. **Alterações na imagem corporal em pacientes com transtornos alimentares: uma revisão sistemática de estudos com neuroimagem**. 2023. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47135/tde-28032023-170350/>. Acesso em: 4 jan. 2026.
- CORDÁS, T. A.; CLAUDINO, A. M. **Transtornos alimentares: fundamentos históricos e conceituais**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 3–6, 2002.
- CORDÁS, T. A.. **Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico**. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 31, n. 4, p. 154–157, 2004.

COSTA, M. B.; MELNIK, T. **Efetividade de intervenções psicossociais em transtornos alimentares: um panorama das revisões sistemáticas Cochrane.** *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, 2016. DOI: 10.1590/S1679-45082016RW3120.

DINIZ, N. O.; LIMA, D. M. A. **A atuação do psicólogo no atendimento a pacientes com transtorno alimentar de bulimia nervosa.** *Revista de Humanidades*, v. 32, n. 2, p. 214–222, 2017. DOI: 10.5020/23180714.2017.32.2.214-222.

DOS SANTOS, A. L. *et al.* **Insatisfação corporal e risco para transtornos alimentares em adolescentes.** *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 2023.

DUCHESNE, M.; ALMEIDA, P. E. DE M.. **Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares.** *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 24, p. 49–53, dez. 2002.

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

HAY, P. *et al.* **Clinical practice guidelines for the management of eating disorders.** *Journal of Eating Disorders*, London, v. 2, n. 1, p. 1–69, 2014.

IDA, S. W.; SILVA, R. N. **Transtornos alimentares: uma perspectiva social.** *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 417–432, set. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 4 jan. 2026.

LINARDON, J.; WADE, T. D.; DE LA PIEDRA, A.; BRENNAN, L. **The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: a meta-analysis.** *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Washington, v. 85, n. 11, p. 1080–1094, 2017.

MACHADO, P. P. P. *et al.* **Effectiveness of cognitive behavioral therapy in eating disorders: a meta-analytic review.** *Behaviour Research and Therapy*, Oxford, v. 55, p. 1–10, 2014.

NUNES-COSTA, R. A.; LAMELA, D. J. P. V.; GIL-COSTA, L. **Teoria e eficácia da terapia comportamental dialética na bulimia nervosa e no transtorno da compulsão alimentar periódica.** 2009.

OLIVEIRA, L. L.; DEIRO, C. P. **Terapia cognitivo-comportamental para transtornos alimentares: a visão de psicoterapeutas sobre o tratamento.** *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 14, n. 1, p. 36–49, 2013.

PIRES, R. C.; LAPORT, T. J. **A terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares.** *Revista Mosaico*, v. 10, n. 1, p. 84-94, 2019.

SILVA, R. F. da *et al.* **Comportamento alimentar, insatisfação corporal e ortorexia nervosa: uma revisão sobre a relação entre esses fatores.** *Research, Society and Development*, v. 12, n. 9, e4412943139, 2023.

SILVA, A. R. *et al.* Terapia cognitivo-comportamental nos transtornos alimentares: uma revisão de literatura. *Revista FIMCA*, 2023.

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

Gabriel Vitor de Sousa¹;

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

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

Lilyan Moura Sousa Silva²;

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

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

Lívia Penha Albuquerque Pierre³;

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

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

Maria Clara Rocha⁴;

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

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

Pedro Cosme Nogueira⁵;

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

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

Angela Karynne Silva Barbosa⁶;

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

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

Bianka Amorim de Macedo⁷;

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

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

Maria Erika dos Santos Medeiros⁸;

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

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

Paulo Víctor de Lima Sousa⁹;

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

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

Felipe Santana Rodrigues¹⁰.

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

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

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

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

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

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

KEYWORDS: Psychiatry. Mental Disorders. Emotional Eating.

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

DEPRESSÃO MAIOR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

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

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

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

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

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

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

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

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

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

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

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

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

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

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

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

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

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

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

ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

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

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

hesitação, instabilidade e resistência podem favorecer a descontinuidade terapêutica.

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

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

IMPACTO DAS COMORBIDADES E PAPEL DA PSIQUIATRIA

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

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

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

CONCLUSÃO

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

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

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE REMISSIVO

A

alimentação · 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 37, 41, 55, 56, 74

Alimentação consciente · 5

Alimentação Intuitiva · 4, 10, 12

alimentos ultraprocessados · 17

alterações cognitivas · 17

anemia · 17, 18, 19, 20, 23, 29, 33

ansiolíticos · 35, 37

anticonvulsivantes · 35, 39, 42

antidepressivos · 35, 37, 39, 42, 44, 45, 46, 51, 73, 77, 79

autonomia alimentar · 5, 10

avaliação nutricional · 2

B

bulimia nervosa · 28, 35, 37, 39, 40, 48, 49, 50, 61, 65, 66, 70, 80

C

carências nutricionais · 2, 25

Comer intuitivo · 5

comida · 5, 8, 9, 10, 12

comorbidades psiquiátricas · 2, 35, 70, 71, 78, 79, 83

complicações clínicas · 35, 79

comportamento alimentar · 5, 10, 11, 15, 25, 36, 40, 59, 62, 68, 70, 71, 72, 76, 77, 79

comportamento alimentar disfuncional · 62, 68

composição multifatorial · 2

condições psiquiátricas · 68, 70, 79

consciência alimentar · 2

corpo · 2, 4, 7, 8, 9, 23, 26, 54, 55, 56, 74

cuidado multiprofissional · 3, 53, 63

D

deficiência de ferro · 17, 20

deficiências nutricionais · 16, 18, 19, 20, 29

dieta · 5, 7, 8, 24, 27, 28, 29, 74

distúrbios cardiometabólicos · 17, 25

doenças crônicas · 2, 5, 12, 19, 24

E

estratégias terapêuticas individualizadas · 69

F

fadiga · 17, 26

fatores biológicos · 52, 54

FDA · 35, 36

fluoxetina · 35, 39, 42, 45, 50, 73

função neurológica · 17

funcionamento psicossocial · 53, 55

funções fisiológicas · 17

funções metabólicas · 2

H

hábito alimentar · 4

hábitos alimentares · 4, 10, 74

I

iatrogênicos · 2

imagem corporal · 40, 53, 56, 64, 68, 70, 72, 77

importância clínica · 2

insegurança alimentar · 17, 26

intervenção nutricional · 17, 19

intervenções psicoterapêuticas · 35, 46, 78

intervenções psicoterápicas · 69

L

lisdexanfetamina · 35

M

mecanismos neurobiológicos · 5

metabolismo energético · 17

métodos terapêuticos · 4

micronutrientes · 2, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 28

mindful eating · 2, 13

morbimortalidade · 68, 79

N

neuropatias · 17, 24

O

obesidade · 5, 7, 10, 11, 13, 24, 35, 42, 78, 84

osteopenia · 17, 18, 19, 20

osteoporose · 17, 20, 21

P

padrões alimentares · 2, 7, 28, 32

padrões estéticos · 4

perda de peso · 11, 35, 39, 41, 42, 43

perfeccionismo · 37, 53, 59, 60, 61, 75, 77

prática clínica · 2, 11, 28, 34, 55, 57, 77, 79

processo biológico · 5

promoção da saúde · 17, 53, 63

psicofármacos · 2, 35, 69

psicologia · 2, 52, 54, 55, 56, 63

psicólogo · 53, 56, 57, 65

psiquiatria · 2, 56, 69, 70, 71, 72, 73, 77, 79

Q

qualidade de vida · 12, 41, 53, 55, 61, 63

R

recuperação psicossocial · 69

regulação emocional · 5, 9, 53, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 68, 70, 72, 76, 77

regulação metabólica · 17

resistência terapêutica · 68

rigidez cognitiva · 53, 56, 59, 63, 75, 77

risco clínico e suicidário · 69, 71, 72

S

saúde física · 5, 52, 55, 71

Saúde mental · 5

saúde óssea · 17, 21, 22

saúde pública · 2, 16, 27, 37

serotonina · 35, 39, 40, 43, 73

sintomas alimentares · 3, 37, 60, 61, 71, 73, 76

suicídio · 68, 70

suporte nutricional · 4, 69

T

TCC-E · 53, 60, 61

Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada · 53, 60

terapia psicológica · 34

terapias cognitivas · 2, 52, 63

TOC · 68, 75

transtorno obsessivo-compulsivo · 68

transtornos alimentares · 2, 3, 7, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 28, 33, 34, 36, 37, 38, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 52, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 70, 76, 80, 81, 82, 83, 84

transtornos de personalidade · 68

transtornos relacionados ao uso de substâncias · 68

tratamento farmacológico · 35, 38, 39, 44, 46, 48, 50, 72

tratamento psicológico · 35

V

valorização estética · 2



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 