Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento
e Cuidado na Sociedade Moderna

SAÚDE MENTAL

Edição XXIV

Capítulo 8

TRANSTORNOS ALIMENTARES: CLASSIFICAÇÃO, SUBDIAGNÓSTICO E PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL

ANA CAROLINA HANAUER DA SILVEIRA[1]
ANA JULIA SUZANA[1]
ANNA LAURA MARQUES KARPOWICZ[1]
CLARA PITTOL MILANI[1]
GABRIEL MAX DE ALMEIDA PEDROTTI[1]
GUILHERME GOI SCARTON MONTEIRO[1]
ISABELLA GOI SCARTON MONTEIRO[1]
ISADORA DOS SANTOS ROSSATTO[1]
LAURA ZIN[1]
LETÍCIA HANEL MORELLO[1]
MANUELA RITTERBUSCH QUAINI[1]
MARIA EDUARDA MACHADO AGOSTINI[1]
MILENA MORAES[1]
RAMISSON ANTÔNIO DOS SANTOS ROSSATTO[1]
SAMUEL MATTOS[1]

[1]*Discente – Escola de Medicina da Universidade de Passo Fundo*

Palavras-Chave: *Sono; Transtornos; Implicações.*

DOI 10.59290/978-65-6029-247-5.8

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por um conjunto de síndromes clínicas, nas quais há perturbação da relação do indivíduo com o seu comportamento alimentar. Apesar de na maioria das vezes apresentarem raízes na infância, geralmente os sintomas desses transtornos se manifestam na adolescência e são constituídos de vários fatores biológicos, psicológicos e sociais. Sua etiopatogenia é multifatorial e o histórico familiar de depressão, alcoolismo e obesidade aumentam o risco de desenvolvimento de TA. Os pacientes acometidos dificilmente buscam ajuda, o que dificulta o diagnóstico e gera complicações a longo prazo ainda mais difíceis de serem tratadas, como desnutrição, transtornos de ansiedade, de humor e o isolamento social, bem como relacionamentos familiares ou amorosos complicados, além de se considerarem acima do peso, demonstrarem uma insatisfação com o corpo, tendência ao emagrecimento e regulação impulsiva (CANTILINO & MONTEIRO, 2017).

Até os anos 2000, a prevalência de TA nos EUA e na Europa era de 0,5% a 1%, nos 2 anos seguintes esse percentual saltou para 3,7%, sendo a maior causa de morte de doenças com fundo emocional. Sendo as taxas de duas a três vezes maiores em mulheres do que em homens (ASSOCIATION, 2023). Para classificar os TA usa-se o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), o qual os classifica em transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar (ASSOCIATION, 2023).

O desenvolvimento de TA pode se dar por diversos fatores. Entre eles fatores biológicos, psicológicos, sociais, genéticos e de personalidade. Dentre os biológicos destaca-se alteração do funcionamento do hipotálamo e de neurotransmissores, mudança dos níveis de leptina, que juntos resultam em uma menor ingestão alimentar e aumento do metabolismo. Os fatores psicológicos se apresentam como resposta a relações interpessoais inadequadas ou destrutivas, depressão e estresses. Quanto a fatores sociais a busca pelo padrão de beleza magro, medo de engordar, utilização de dietas sem acompanhamento profissional e produtos para emagrecer. No que diz respeito à genética, mulheres que possuem algum familiar com anorexia nervosa, estão mais propensas a desenvolver um transtorno alimentar; além de que essa doença tem uma taxa de hereditariedade de 75 a 80%, enquanto a bulimia nervosa possui 45 a 55%. A personalidade também pode influenciar, pessoas mais perfeccionistas, introvertidas e com traços impulsivos estão mais suscetíveis (CANTILINO & MONTEIRO, 2017).

MÉTODO

O seguinte capítulo caracteriza-se como um estudo descritivo de revisão de literatura, o qual analisou os transtornos do sono por meio das bases de dados como PubMed, UpToDate e SciElo e do DSM-5 - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Foram utilizados descritores relacionados à transtornos alimentares para uma pesquisa mais seletiva tais como “transtornos alimentares”, “anorexia”, “bulimia”, “transtorno do comer compulsivo”, “transtorno do comer restritivo”. Os critérios de inclusão envolveram artigos publicados de 2018 até o mês de abril de 2025, artigos publicados em português, espanhol e inglês. Foram selecionados artigos que abordassem de forma clara este tema, que tivessem o texto na íntegra por acesso gratuito e que atendessem à proposta do capítulo. Ao total, foram selecionados 13 artigos principais que foram citados ao decorrer deste trabalho, conforme critérios de inclusão e exclusão abordados previamente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Anorexia nervosa

A anorexia nervosa (AN) é subdividida em 2 grupos: tipo restritivo, no qual a perda de peso é conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo, e tipo compulsão alimentar purgativa, que envolve episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa, com a prática de vômitos auto induzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas. Ambas são diagnosticadas com base nos sintomas apresentados nos últimos 3 meses (DSM-5, 2023).

São avaliadas três características essenciais para o diagnóstico da anorexia nervosa: o baixo peso (pacientes com anorexia nervosa apresentam restrição da ingestão calórica, que resulta em peso corporal consideravelmente baixo), o medo de ganhar peso (um medo intenso de ganhar peso e/ou ficar gordo é considerado aspecto central na psicopatologia da doença e é comum observarmos distorção da imagem corporal) e a preocupação excessiva com peso e forma corporal (o papel do peso e da forma corporal é sobrevalorizado no julgamento que os pacientes fazem sobre si mesmos) (APPOLINARIO *et al.,* 2022).

A semi-inanição da AN e os comportamentos purgativos às vezes associados a ela podem resultar em condições médicas relevantes e potencialmente fatais. O comprometimento nutricional associado a esse transtorno afeta a maioria dos sistemas corporais e pode produzir uma variedade de perturbações fisiológicas, incluindo amenorréia e anormalidades nos sinais vitais (DSM-5, 2023). A baixa densidade mineral óssea é uma alteração clínica muito comum nos pacientes com AN e tende a acontecer já nos primeiros anos, contribuindo para o risco aumentado de fraturas, tanto durante a doença como após sua resolução. A perda de tônus muscular e a incoordenação motora se associam a distúrbios da musculatura orofaríngea, esofagogástrica e gastrintestinal. Esse fenômeno, secundário à desnutrição, aumenta o risco de broncoaspiração, distensão gástrica aguda e constipação, além de dificultar o processo de realimentação e restauração do peso. Além disso, hipopotassemia é encontrada em torno de 20% dos pacientes, principalmente nos que apresentam padrão purgativo. Outra alteração potencialmente grave é o aumento do intervalo QT, que pode ser secundário ao uso de medicamentos, bem como à depleção de potássio e magnésio, sendo demonstrado em pacientes com hipocalemia, uma normalização eletrocardiográfica, após correção nos níveis séricos de potássio. Na ectoscopia, os principais achados são: carotenemia, pele com menos turgor e desidratação, extremidades frias e pálidas com enchimento capilar diminuído e edema. O exame de fâneros mostra unhas distróficas e queda capilar acentuada, com crescimento de lanugo (APPOLINARIO *et al.,* 2022).

O tratamento farmacológico da anorexia nervosa contempla antidepressivos, os mais estudados foram os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs), sendo a fluoxetina o principal agente testado, e antipsicóticos de segunda geração, dentre os quais a olanzapina ainda é a único que tem seu uso baseado em evidências robustas na farmacoterapia da anorexia nervosa (APPOLINARIO *et al.,* 2022).

Bulimia nervosa

A Bulimia nervosa (BN) é um transtorno alimentar caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, acompanhados de comportamentos purgativos compensatórios, com objetivo de evitar o ganho de peso. Para definir o diagnóstico de BN, é necessário que esse comportamento se repita 1 vez por semana, por pelo menos 3 meses. Vale ressaltar que pa-

cientes com BN, normalmente apresentam altas probabilidades de possuírem comorbidades psiquiátricas associadas, como transtornos de humor e ansiedade, abuso de álcool e substâncias e transtorno bipolar (YU & MUEHLEMAN, 2023).

A compulsão alimentar se caracteriza por um consumo excessivo de calorias em um curto período de tempo, no qual o indivíduo perde o controle sobre o que está comendo. Após esse episódio, comportamentos purgativos compensatórios ocorrem, entre eles vômitos autoinduzidos, jejum, abuso de laxantes e diuréticos, exercícios excessivos e em alguns casos, suspensão do uso de insulina (NITSCH *et al.,* 2021).

Por consequência dos atos purgativos, a BN está relacionada a diversos impactos fisiológicos. Pode-se citar complicações cardíacas – como arritmias graves, distúrbios de condução e prolongamento do intervalo Q -, pulmonares - como pneumonia aspirativa e pneumomediastino -, gastrointestinais – aumentando o risco de desenvolver esôfago de Barret e adenocarcinoma esofágico – e endócrinas, como menstruação irregular e amenorreia. No entanto, cada um dos atos purgativos utilizados desenvolvem um distúrbio específico; o vômito autoinduzido, método mais comum, por consequência vai apresentar hipocalemia, hipocloremia e alcalose metabólica. A gravidade dessas anormalidades é proporcional à intensidade em que os atos ocorrem, sendo os distúrbios eletrolíticos as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em pacientes com BN (NITSCH *et al.,* 2021).

Transtorno de compulsão alimentar periódica

É um distúrbio alimentar em que as pessoas são atraídas para comer regularmente uma quantidade excessiva de refeições em pouco tempo, juntamente com a sensação de descontrole durante esses fenômenos. Ao contrário da bulimia nervosa, a TCAP não implica a existência de mecanismos compensatórios, como o vômito ou o consumo de laxantes, a fim de impedir o ganho de peso. Este transtorno pode levar a um aumento injustificadamente grande de peso e é frequentemente acompanhado por um estado de culpa e vergonha após um fenômeno de compulsão. Além disso, a TCAP pode levar a consequências prejudiciais para mindset, comorbilidade como depressão e ansiedade em massa entre os pacientes (GRILO & UDO, 2020).

Quanto às diferenças em relação à bulimia, embora o transtorno da compulsão alimentar periódica e a bulimia nervosa envolvam episódios de comer compulsivamente, eles diferem amplamente em termos de comportamento compensatório. Na bulimia, após os episódios de comer excessivamente, os indivíduos podem vomitar, usar laxantes, outros medicamentos, ou exercitar-se ao extremo para evitar ganhar peso. O TCAP, por outro lado, não envolve tais comportamentos compensatórios. A ingestão do tamanho da população descontrolada de alimentos no TCAP é a característica predominante da doença, sem "compensação", resultando em um ciclo de arrependimento e frustração incontrolável e duradouro, sem conexão imediata. Estudos mostraram que o TCAP tem uma forte associação com a obesidade, enquanto a bulimia pode ocorrer independentemente do peso das pessoas (GRILO, 2007).

O TCAP é frequentemente acompanhado de outros transtornos psiquiátricos, sendo a ansiedade e a depressão, as manifestações que ocorrem com mais frequência. O fato é que, de acordo com estudos clínicos, semelhantes comemorações, muitas vezes coexistem com perturbações de humor clínico, nomeadamente depressão, bem como perturbações de ansiedade,

cujo desenvolvimento provoca um agravamento da comida. Ao mesmo tempo, a relação entre esses dois fenômenos é bidirecional: esses mesmos fatores também podem ser tanto um motivo de comer descontrolado quanto suas consequências. Por um lado, TCAP pode compensar emoções muito fedorentas, mas, por outro, também agravar a condição psicológica de uma pessoa e, assim, cria um ciclo vicioso entre a manifestação de sintomas emocionais e comportamentais (ROSEN *et al.,* 2019).

Uma característica comum dos indivíduos com TCAP é o estigma social. Doenças associadas com sobrepeso ou obesidade particularmente associativas para grupos de TCAP. O estigma do peso, por sua vez, pode intensificar os sentimentos de vergonha e culpa e evitar o tratamento. Ademais, a conduta estigmatizante do meio social tem implicações negativas para a saúde mental do paciente ao aumentar o risco de se isolar e intensificar sintomas do transtorno. Seja como for, a obesidade torna-se um dos motivos para a discriminação geral na sociedade, aumentando assim o estigma sobre um paciente com TCAP. Descartar esses estigmas é importante para que as pessoas pacientes com TCAP possa encarar a procura por tratamento e iniciar o caminho para o sucesso (PUHL & HEUER, 2009).

Pica

A pica é descrita no DSM-IV-TR como o consumo, por pelo menos um mês, persistente de produtos não nutritivos, inadequados para o consumo humano e não alimentares, em uma idade em que tal comportamento é inapropriado para o desenvolvimento, em um indivíduo que não é desenvolvimento intelectualmente, deficiente ou paciente de um estabelecimento mental. O critério fundamental para estabelecer um comportamento alimentar patológico é a presença de alimentos ou fatores não alimentares ingeridos (VERYWELL HEALTH, 2020).

As substâncias ingeridas podem variar significativamente e incluem terra, que é geofagia, gelo, que é pagofagia, e cabelo, tricofagia, entre outros. A pica é mais prevalente em crianças pequenas, grávidas e pessoas com deficiência intelectual ou distúrbios do espectro autista. Existe também uma associação significativa com deficiências nutricionais, incluindo anemia por deficiência de ferro, e condições de saúde mental, como esquizofrenia e TOC (VERYWELL MIND, 2021).

Além disso, as complicações médicas devido à pica podem ser significativas, como a intoxicação por metais pesados, obstruções gastrointestinais, infecções parasitárias e deficiências nutricionais. O diagnóstico é baseado na história clínica e, às vezes, é necessário diagnósticos laboratoriais para avaliar a presença de toxideficiências nutricionais e o status de outras intoxicações (VERYWELL HEALTH, 2020).

O tratamento da pica é multifatorial e inclui a terapia nutricional para corrigir as deficiências existentes, tratamento comportamental, como a terapia comportamental cognitiva e, no caso de condições coexistentes de distúrbios psicológicos, em muitos casos é oferecido um tratamento farmacológico com SSRIs, inibidores seletivos da recaptação da serotonina (VERYWELL MIND, 2021).

Transtorno de ruminação

A síndrome da ruminação é um distúrbio gastrointestinal funcional definido como a regurgitação sem esforço de alimentos recentemente ingeridos do estômago de volta para a cavidade oral, na ausência de doença orgânica. A remastigação e a expectoração ou reengolição simultâneas de alimentos não digeridos são comumente observadas, podendo persistir por até duas horas após cada refeição. Pode es-

tar presente tanto em crianças quanto em adultos e é classificada como um distúrbio gastrointestinal funcional pelos critérios de Roma IV e como um distúrbio alimentar de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (KUSNIK & VAQAR, 2025).

É um fenômeno que depois que inicia é difícil de parar. Pode-se considerar que ela é um "efeito adverso" da autorreflexão, ou seja, surge de uma comparação do estado mental atual com o que se idealizava estar vivendo no momento. Portanto, está ligada diretamente ao sofrimento psíquico (SILVEIRA JÚNIOR, 2017). De acordo com os critérios ROME IV para síndrome de ruminação, um diagnóstico é possível com base em critérios clínicos, sem testes invasivos. Em contraste, os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) exigem que a regurgitação repetida não seja devida a uma condição médica que, na maioria das vezes, requer algum tipo de teste para exclusão.

A respiração diafragmática é o tratamento de primeira linha para a síndrome da ruminação. Ela funciona iniciando um mecanismo competitivo às contrações adquiridas e não percebidas dos músculos abdominotorácicos. (KUSNIK & VAQAR, 2025). Geralmente, a farmacoterapia para a síndrome de ruminação deve ser reservada para pacientes que não respondem ao tratamento inicial com terapia comportamental. A farmacoterapia inclui 10 mg de baclofeno, três vezes ao dia, que reduz os eventos de fluxo e melhora os sintomas relatados pelos pacientes na síndrome de ruminação, com resultados semelhantes relatados em diferentes estudos (PAUWELS *et al*., 2018).

Transtorno evitativo/restritivo

O transtorno evitativo/restritivo (TARE) é um transtorno alimentar em que a pessoa consome uma quantidade muito limitada de alimentos ou recusa certos tipos de comida. Diferencia-se de outros transtornos alimentares, como da anorexia, por não ser motivado por distúrbios de imagem corporal ou vontade de emagrecimento. As causas do TARE são influenciadas por muitos fatores, incluindo questões sensoriais, emocionais e comportamentais. Características como a textura, o cheiro e o sabor de certos alimentos podem apresentar aversão a determinadas comidas, e episódios com experiências negativas podem influenciar o desenvolvimento do transtorno (ALMEIDA; MOREIRA; LEAHY, 2020).

É necessário para que o diagnóstico de TARE seja confirmado, a presença de ao menos um dos seguintes critérios: perda do peso significativa, deficiência nutricional significativa, dependência de suplementos nutricionais ou alimentação enteral e interferência marcante no funcionamento psicossocial- visto que a alimentação é, culturalmente, uma forma de socializar, impossibilitando o convívio em sociedade (ALMEIDA; MOREIRA; LEAHY, 2020).

Estudos recentes relatam que a Terapia Cognitivo- Comportamental tem se mostrado uma ferramenta no tratamento do TARE, especialmente devido à diversidade de sintomas dos pacientes. Esse transtorno não se restringe a grupos de mesma faixa etária ou sexo, são pacientes com razoes de restrição individuais, o que dificulta a condução do plano terapêutico. Além disso, fornecer suporte emocional ao paciente, apoiar o suporte familiar e oferecer um ambiente seguro para ingestão de alimentos, são medidas essenciais para evitar a desnutrição e outras complicações decorrentes (THOMAS *et al*., 2021).

Outros transtornos não reconhecidos pelo DSM-5

- **Ortorexia Nervosa**: trata-se de um distúrbio que ganhou relevância com a ascensão das

redes sociais no cotidiano. Caracterizada por uma aversão por comidas consideradas prejudiciais à saúde e uma obsessão anormal por alimentação saudável, pode resultar em prejuízos tanto físicos como desnutrição quanto psicossociais tais como isolamento (DUNN & BRATMAN, 2016). Como diagnóstico diferencial, o Transtorno de Evitação/Restrição da Ingesta Alimentar (ARFID) é um transtorno que está relacionado a traumas alimentares ou desinteresse na comida em contraste com a ON que é uma busca obsessiva por saúde e estética (DUNN & BRATMAN, 2016).

- **Síndrome da Alimentação Noturna e Transtorno Alimentar Noturno**: "Transtorno Alimentar Noturno" é um termo generalista que engloba quaisquer anormalidades na alimentação no período noturno tais como compulsão alimentar noturna e parassonias alimentares. Já a Síndrome da Alimentação Noturna apresenta uma clínica mais delimitada com três aspectos principais: polidagia noturna (consumo ≥25 do consumo calórico diário após o jantar), despertares noturnos com a finalidade alimentícia (geralmente em paralelo com insônia) e hiporexia matutina (VANDER WAL, 2012).

- **Vigorexia**: como variante do Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), segundo o DSM-5-TR, a vigorexia, ou dismorfia muscular, é caracterizada por uma preocupação obsessiva com a musculatura e a forma corporal muitas vezes acompanhada de frequente descontentamento a respeito da estética envolvida mesmo após o indivíduo apresentar determinado grau de hipertrofia muscular (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022). Como exemplo, pode-se citar o fisiculturista e ator Arnold Schwarzenegger que, apesar de ser múltiplas vezes campeão da maior competição de fisiculturismo do mundo, declarou em entrevistas uma constante insatisfação com os próprios músculos, no entanto, ressalta-se que tais relatos não são suficientes para definir um diagnóstico clínico, mas ajudam a entender a prevalência de traços de distorção inclusive em atletas de elite. As complicações clínicas são variadas e podem ocorrer desde lesões decorrentes do overtraining até complicações secundárias ao uso de esteroides anabolizantes, ginecomastia, danos hepáticos e disfunção erétil, que frequentemente são procurados por indivíduos com tal transtorno (OLIVEIRA *et al*., 2020). Para além das apresentações físicas, o transtorno também está ligado a maiores taxas de depressão, ansiedade social e risco suicida que são agravados pela insatisfação corporal crônica e pelo isolamento social (LEONE *et al*., 2016).

Fatores de risco e etiologia

Os fatores genéticos também estão envolvidos na etiologia dos transtornos alimentares. O estudo mais recente de associação genômica ampla (GWAS) sobre a anorexia nervosa, conduzido pelo *Eating Disorders Working Group do Psychiatric Genomics Consortium* (PGC-ED), identificou oito loci significativamente associados à doença em todo o genoma, incluindo quatro genes únicos: *CADM1*, *MGMT*, *FOXP1* e *PTBP2*. A análise revelou forte associação com o sistema nervoso central, especialmente com neurônios piramidais do hipocampo e neurônios espinhosos médios do corpo estriado. Além disso, foi observada sobreposição genética entre a anorexia nervosa e o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), indicando possíveis vias neurobiológicas comuns entre essas condições. Ademais, a via córtico-estriatal-tálamo-cortical (CTSC) é um circuito cerebral que controla a execução de movimentos, a formação de hábitos e a recompensa, todos os quais têm sido considerados relevantes para transtornos alimentares. Acredita-se que a hiperatividade em todos os circuitos CTSC seja a base

do TOC, cada vez mais relevante dada a forte correlação genética positiva entre TOC e anorexia nervosa (BULIK *et al.,* 2022). Por fim, estudos longitudinais sugerem que as influências ambientais influências ambientais no período perinatal são relevantes para a anorexia nervosa, enquanto os problemas na primeira infância estão associados aos transtornos do espectro da compulsão alimentar. Os mecanismos subjacentes dos transtornos alimentares são objeto de pesquisas ativas. É provável que as interações entre fatores genéticos e ambientais em um período crucial do desenvolvimento aumentem a complexidade desses transtornos (TREASURE *et al.,* 2020).

Por se tratar de uma doença psíquica, um dos principais desencadeadores dos transtornos alimentares são as influencias psicológicas, os quais interagem com aspectos cognitivos, emocionais e sociais. Entra elas, traços de personalidade relacionados ao perfeccionismo e a intolerância a erros estão presentes em indivíduos com anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar com frequência, o que explica comportamentos obsessivos e de controle alimentar extremo (TREASURE *et al*., 2020). Além disso, questões emocionais, como baixa autoestima, distorção da imagem corporal, dificuldade de expressar emoções e deficiências em habilidades sociais são recorrentes, especialmente em pacientes com ansiedade social, o que os leva a evitar as interações interpessoais, dificultando a melhora clínica. Ainda, o uso exagerado de redes sociais está associado à comparação social, principalmente no que tange a aparência e a internalização de ideais de beleza inatingíveis e auto-objetificação. Essas questões intensificam o sofrimento psíquico, principalmente a insatisfação corporal, a baixa autoestima e torna os pacientes propensos a comportamentos alimentares desordenados (HOLLAND *et al*., 2016).

As influências socioculturais, especialmente aquelas relacionadas à mídia e aos padrões de beleza, atuam no surgimento e na manutenção dos transtornos alimentares. A cultura contemporânea valoriza a magreza como ideal estético, associando tal padrão ao sucesso, ao controle e à aceitação social. Além disso, passar mais tempo no Facebook está associado a maior vigilância do corpo, maior adesão ao ideal de magreza, comparações frequentes e menor satisfação com o peso entre jovens e adolescentes. Da mesma forma, mulheres que passavam mais tempo nas redes sociais e verificavam seus perfis com mais frequência, tinham maior desejo por magreza e maior insatisfação com o corpo (HOLLAND *et al*., 2016). Ainda, a comparação social baseada na aparência, a qual é impulsionada pelo consumo de conteúdo nas redes, está relacionada à insatisfação corporal e ao desenvolvimento de comportamentos alimentares disfuncionais. Portanto, esses ideais estéticos não apenas atuam como gatilhos para o início de transtornos alimentares, mas também reforça a preocupação excessiva com o corpo e com o peso, o que cria um ciclo de distorção da imagem corporal e de comportamentos compensatórios prejudiciais (TREASURE *et al.,* 2020).

Diagnóstico e avaliação clínica

O diagnóstico dos transtornos alimentares é um processo complexo, que exige uma abordagem multidisciplinar e sensível às múltiplas dimensões da saúde do indivíduo. O diagnóstico precoce é fundamental, visto que os atrasos no reconhecimento e no início do tratamento estão associados a desfechos mais graves, maior resistência à intervenção terapêutica e risco aumentado de cronicidade (TREASURE *et al*., 2020).

Instrumentos padronizados são essenciais para auxiliar na identificação de possíveis casos de TAs, especialmente em contextos clínicos

gerais, onde esses quadros muitas vezes passam despercebidos. Entre os mais utilizados estão o *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), o *SCOFF Questionnaire e o Eating Attitudes Test* (EAT-26). O SCOFF, por exemplo, é uma ferramenta de rastreio simples, composta por cinco perguntas, que avalia comportamentos e percepções relacionadas ao peso e alimentação, sendo útil para profissionais não especialistas como clínicos gerais e pediatras (MORGAN *et al*., 1999).

Embora os instrumentos de triagem sejam úteis, o diagnóstico definitivo exige entrevista clínica estruturada, baseada nos critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-5 ou pela CID-11. A entrevista deve investigar aspectos como padrões alimentares, comportamentos compensatórios (exercício excessivo, vômito autoinduzido, uso de laxantes), percepção da imagem corporal, histórico familiar e presença de comorbidades psiquiátricas (APA, 2023). A avaliação deve ser empática e sem julgamento, visando criar uma relação de confiança entre paciente e profissional.

O diagnóstico e o acompanhamento dos TAs envolvem uma equipe interdisciplinar. O psiquiatra ou psicologo é responsável por avaliar o sofrimento psíquico, distorções cognitivas e comorbidades, como depressão, ansiedade ou transtorno de personalidade, que frequentemente coexistem com os TAs (TREASURE *et al*., 2020). Já o nutricionista além de avaliar o estado nutricional e o padrão alimentar, deve atuar na reeducação alimentar e na reconstrução da relação do paciente com a comida, respeitando os limites psíquicos de cada fase do tratamento.

Além disso, é fundamental considerar fatores de risco biopsicossociais durante a avaliação clínica, como o histórico de dietas restritivas, traços de perfeccionismo, experiências traumáticas e exposição intensa a padrões de beleza nas redes sociais, que podem influenciar tanto o surgimento quanto a manutenção dos transtornos (HOLLAND & TIGGEMANN, 2016).

Diagnóstico e avaliação clínica

A melhor alternativa para tratamento adequado de transtornos alimentares é a psicoterapia. Cotidianamente a psicologia desfruta de uma série de abordagens psicoterapêuticas, e uma delas é a terapia cognitivo – comportamental, (TCC). Tal abordagem é capaz de auxiliar todos os transtornos alimentares, desde a compulsão alimentar até a bulimia nervosa. Dessa forma, embora sejam utilizados diferentes vertentes de condução da terapia com base na doença mental mais prevalente, ela utiliza estratégias com enfoque em fatores cognitivos e de comportamento que sustentam o quadro clínico atual, retomando tópicos como supervalorização do peso e imagem corporal, e sofrimento mental gerado pela comorbidade (SYSKO & DEVLIN, 2025).

Outra alternativa eficaz no manejo de transtornos alimentares, ainda dentro da linha da psicologia, é a terapia familiar, também conhecida como modelo Maudsley. Essa linha de tratamento baseia-se em posicionar os pais do paciente como responsáveis por tomar decisões sobre modos alimentares, com auxílio de um terapeuta. Assim, conforme o indivíduo começa a ter progresso na doença, o controle e tomada de decisões volta a ser de seu critério, de forma gradual. A intervenção descrita, como a terapia cognitiva comportamental, também pode ser utilizada para todos os transtornos alimentares, porém tem maior indicação para anorexia nervosa (ROY-BYRNE, 2025).

Quanto ao tratamento farmacológico, ele deve ser coadjuvante a intervenções nutricionais e psicológicas. Além disso, os medicamentos têm efeitos diferentes sobre cada tipo de TA (APPOLINARIO & HILUY, 2022).

Para a Anorexia Nervosa (AN), o tratamento farmacológico deve compor uma estratégia terapêutica que inclua nutricionistas e psicólogos, pois a associação de terapia nutricional e psicoterapia é a principal estratégia terapêutica a ser tomada. Os antidepressivos, especialmente os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRSs) como a fluoxetina, podem melhorar sintomas depressivos e de compulsão, bem como ansiedade, irritabilidade e labilidade emocional, que são complicadores da AN; a dose utilizada deve ser semelhante à usada nos transtornos depressivos (APPOLINARIO & HILUY, 2022).

O tratamento com antipsicóticos na AN deve se restringir ao uso de Olanzapina (2,5-10 mg/dia), um antipsicótico de segunda geração, pois foi o único medicamento que demonstrou superioridade ao placebo em ensaios clínicos. Ele deve ser considerado em pacientes graves, com baixo peso extremo e com sérias distorções de autoimagem, por um período não inferior a quatro meses (APPOLINARIO & HILUY, 2022).

Outros agentes podem ser considerados, como a Ciproerptadina, um anti-histamínico e antagonista da serotonina, cuja ação sobre a NA foi avaliada por meio de alguns ensaios clínicos, dos quais apenas um demonstrou eficácia no reganho de peso em pacientes com AN restritiva. Nesse sentido, seu uso é raro no tratamento da AN (APPOLINARIO & HILUY, 2022).

Para a Bulimia Nervosa (BN), o tratamento farmacológico não é imperativo e sempre deve estar associado à psicoterapia. Os antidepressivos agem, nesse caso, especificamente sobre os episódios de compulsão alimentar e de comportamentos purgativos, com a Fluoxetina (um ISRS) sendo a primeira escolha, com doses entre 60 e 80 mg/dia (APPOLINARIO & HILUY, 2022; CABRERA, 2006). Em casos de intolerância à fluoxetina, podem ser utilizados outros ISRSs como a sertralina e a fluvoxamina (APPOLINARIO & HILUY, 2022).

Os anticonvulsionantes também podem compor o tratamento da BN, como o topiramato, que demonstrou significativa diminuição da frequência de episódios de compulsão alimentar, redução de peso corporal e melhora em relação à preocupação com o peso, ao desejo de comer compulsivamente e de provocar purgações. Além disso, demonstrou relação com a diminuição da fissura por carboidratos, com um aumento da saciedade e com a estabilização do humor. A dose utilizada gira em torno de 100 mg/dia (APPOLINARIO & HILUY, 2022).

A ondansetrona, antagonista do receptor 5-HT3, também pode ser considerada em casos selecionados de BN. O medicamento foi testado em um ensaio clínico randomizado controlado por placebo, e evidenciou uma redução na frequência de episódios de compulsão alimentar e de vômitos (APPOLINARIO & HILUY, 2022).

Quanto ao Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA), podem ser utilizados agentes para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade como tratamento medicamentoso, como a lisdexanfetamina, em doses de 50 a 70 mg/dia. Esse medicamento reduziu a frequência de compulsões alimentares diminuiu a gravidade global do TCA, além de ter provocado redução do nível de triglicerídeos e de peso corporal (APPOLINARIO & HILUY, 2022).

O topiramato também pode ser utilizado para tratar o TCA, com doses iniciais menores (25 mg/dia) aumentadas semanalmente em 25 mg, até que se atinja 200 ou 400 mg/dia; dessa forma, evita-se problemas relacionados à tolerabilidade. Os ISRSs e a sibutramina (um agente antiobesidade) também podem auxiliar no tratamento do TCA, pois diminuem os episódios de compulsão alimentar, conforme falado

anteriormente (APPOLINARIO & HILUY, 2022).

O papel da mídia e das redes sociais

A exposição a conteúdos de perda de peso nas redes sociais está associada a menor apreciação corporal, maiores temores de avaliação negativa da aparência e maior frequência de episódios de compulsão alimentar (TURNER & LEFEVRE, 2023). Além disso, o uso intensivo de redes sociais tem efeitos negativos na imagem corporal e nos comportamentos alimentares desordenados em adolescentes, sendo improvável que eles deixem de usar essas plataformas (MAZZEO *et al*., 2024).

O uso contínuo de filtros, edições e técnicas de manipulação de imagem nas redes sociais tem distorcido a percepção da imagem corporal real. Essa prática reforça padrões estéticos inatingíveis e promove comparações sociais negativas, afetando especialmente mulheres jovens (TURNER & LEFEVRE, 2023). Estudos demonstram que o consumo passivo de imagens altamente idealizadas está associado a maiores níveis de insatisfação corporal, sintomas depressivos e maior risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares (MAZZEO *et al*., 2024).

Frente a esse cenário, cresce a necessidade de estratégias interdisciplinares para mitigar os efeitos negativos das redes sociais sobre a saúde mental e alimentar. A educação crítica midiática, o fortalecimento da autoestima e a valorização da diversidade corporal são ferramentas fundamentais. Além disso, iniciativas como o movimento *body positivity* têm desempenhado um papel relevante na promoção de uma cultura digital mais inclusiva (MAZZEO *et al*., 2024). Ambientes digitais regulados, aliados a campanhas educativas, podem ser eficazes na prevenção de comportamentos alimentares desordenados (MAZZEO *et al*., 2024).

CONCLUSÃO

Dessa forma, os transtornos alimentares são problemas de saúde mental bastante complexos, que englobam fatores diversos e não se restringem apenas à relação do indivíduo com a comida. Eles trazem consequências sérias tanto para a saúde física como mental, impactando também a vida social e o todo o círculo de convívio dos pacientes. A identificação precoce dos sintomas, junto com um tratamento adequado e personalizado, é fundamental para melhorar o prognóstico e evitar complicações mais graves.

Apesar dos avanços nas pesquisas e no desenvolvimento de novas terapias, os transtornos alimentares continuam representando um grande desafio para o cenário de saúde como um todo. Muitos pacientes demoram a buscar ajuda, seja pela dificuldade em reconhecer o problema, seja pelo estigma social que ainda existe. Por isso, investir em campanhas de conscientização e na capacitação de equipes multidisciplinares é essencial para que o diagnóstico seja feito mais cedo e o suporte ao paciente seja mais efetivo.

Ademais, é importante destacar que a luta contra os transtornos alimentares vai além do ambiente clínico: passa também por mudanças sociais, principalmente em relação aos padrões estéticos e à pressão por determinados tipos específicos e idealizados de corpo. A ampliação do acesso ao tratamento, o incentivo a hábitos saudáveis e o fortalecimento da autoestima desde a infância são medidas importantes para a prevenção. Dessa maneira, é possível construir uma abordagem mais humana e completa no enfrentamento desses transtornos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. M. M. S.; MOREIRA, L. A. C.; LEAHY, R. M. Transtorno alimentar restritivo evitativo/ARFIRD: o que é esse transtorno alimentar? *Residência Pediátrica*, v. 12, n. 2, 2022. Doi: https://doi.org/10.25060/residpediatr-2022.v12n2-472.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR: texto revisado*. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023. E-book. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558820949/. Acesso em: 21 abr. 2025.

APPOLINÁRIO, J. C.; NUNES, M. A.; CORDÁS, T. A. (Org.). *Transtornos alimentares: diagnóstico e manejo*. Porto Alegre: Artmed, Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), 2022.

BRATMAN, S. *Health food junkies: Orthorexia nervosa – Overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books, 2000.

BULIK, C. M. *et al*. Genetics and neurobiology of eating disorders. *Nature Neuroscience*, v. 25, n. 5, p. 543, 2022. DOI: https://doi.org/10.1038/s41593-022-01071-z.

CABRERA, C. C. Estratégias de intervenção interdisciplinar no cuidado com o paciente com transtorno alimentar: o tratamento farmacológico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 39, n. 3, p. 375, jul./set. 2006. Doi: https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v39i3p375-380.

CANTILINO, A.; MONTEIRO, D. C. *Psiquiatria clínica*. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2017. E-book. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786557830031/. Acesso em: 21 abr. 2025.

DUNN, T. M.; BRATMAN, S. On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, v. 21, p. 11, 2016. Doi: https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006.

GRILO, C. M. Binge eating disorder and obesity. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 30, n. 1, p. 1, 2007. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.12.002.

GRILO, C. M.; UDO, T. Prevalence and correlates of binge eating disorder in the United States. *International Journal of Eating Disorders*, v. 53, n. 8, p. 1276, 2020. Doi: https://doi.org/10.1002/eat.23258.

HOLLAND, G.; TIGGEMANN, M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, v. 17, p. 100, 2016. Doi: https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008.

KUSNIK, A.; VAQAR, S. Rumination Disorder. In: *STATPEARLS* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576404/. Acesso em: 18 abr. 2025.

LEONE, J. E. *et al*. Muscle dysmorphia and psychopathology: A systematic review. *Journal of Clinical Sport Psychology*, v. 10, n. 3, p. 255, 2016. Doi: https://doi.org/10.1123/jcsp.2015-0031.

MAZZEO, S. E. *et al*. Mitigating harms of social media for adolescent body image and eating behaviors: A review. *Journal of Eating Disorders*, 2024.

MORGAN, J. F. *et al*. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, v. 319, n. 7223, p. 1467, 1999. Doi: https://doi.org/10.1136/bmj.319.7223.1467.

NITSCH, A. *et al*. Medical complications of bulimia nervosa. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, v. 88, n. 6, p. 333, jun. 2021. Doi: https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.20168.

OLIVEIRA, F. M. *et al*. Vigorexia: Uma revisão sobre o transtorno dismórfico muscular. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 42, e2072, 2020. Doi: https://doi.org/10.1590/rbce.42.2019.2072.

PAUWELS, A. *et al*. Um estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo e cruzado, utilizando baclofeno no tratamento da síndrome de ruminação. *American Journal of Gastroenterology*, v. 113, n. 1, p. 97, jan. 2018.

PUHL, R. M.; HEUER, C. A. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*, v. 17, n. 5, p. 941–964, 2009. Doi: https://doi.org/10.1038/oby.2008.636.

ROY-BYRNE, P. Eating disorders: Overview of prevention and treatment. *UpToDate*. Waltham, MA, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/eating-disorders-overview-of-prevention-and-treatment. Acesso em: 15 abr. 2025.

ROSEN, D. S. *et al*. Psychiatric comorbidities in patients with binge eating disorder. *Psychiatry Research*, v. 284, p. 112691, 2019. Doi: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112691.

SILVEIRA JÚNIOR, É. M. Estudo transdiagnóstico da ruminação nos transtornos mentais: esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtornos bipolares, depressão e transtornos de ansiedade. 2017. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/174728. Acesso em: 18 abr. 2025.

SYSKO, R.; DEVLIN, M. Binge eating disorder: Cognitive-behavioral therapy (CBT). *UpToDate*. Waltham, MA, 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/binge-eating-disorder-cognitive-behavioral-therapy-cbt/print. Acesso em: 15 abr. 2025.

THOMAS, J. J. *et al*. Cognitive-behavioral therapy for adults with avoidant/restrictive food intake disorder. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, v. 31, n. 1, p. 47, mar. 2021. Doi: https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.10.004.

TREASURE, J. *et al*. Eating disorders. *The Lancet*, v. 395, n. 10227, p. 899, 2020. Doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3.

TURNER, P. G.; LEFEVRE, C. E. The impact of social media use on body image and disordered eating. *Eating Behaviors*, 2023.

VANDER WAL, J. S. *The relationship between body image and eating disorders*. New York: Springer, 2012.

VERYWELL HEALTH. Pica: Symptoms, Causes, and Treatment, 2020.

VERYWELL MIND. What to Know About Pica, 2021.

YU, Z.; MUEHLEMAN, V. Eating disorders and metabolic diseases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 20, n. 3, art. 2446, 2023. Doi: https://doi.org/10.3390/ijerph20032446.