

Transtornos alimentares — anorexia, bulimia, compulsão alimentar e TARE (ARFID)

Sinais precoces, SCOFF, abordagem sem estigma do peso, critérios de internação, síndrome de realimentação e tratamento baseado na família, segundo SBP 2021, SAHM 2022 e NICE NG69

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Pense em transtorno alimentar (TA) diante de **perda de peso ou desvio da curva, dietas restritivas, amenorreia, exercício excessivo, vômitos, laxantes, diuréticos ou "remédios para emagrecer"** e compulsão com culpa — **em qualquer peso**, inclusive na obesidade. Pergunte sobre alimentação e corpo em toda consulta do adolescente e use o **SCOFF** (≥ 2 "sim" = investigar), nunca isolado. Toda suspeita exige **% da mediana do IMC, FC e PA deitado e em pé, temperatura e eletrólitos com fósforo e magnésio. Instabilidade = 🚨 internação** (SBP 2021; SAHM 2022): **FC < 50 bpm acordado ou < 45 dormindo, PA < 90/45 mmHg, hipotensão ortostática, temperatura < 35,6 °C, < 75% da mediana do IMC, distúrbio eletrolítico, QTc prolongado, desidratação ou recusa alimentar aguda**. O paciente estável segue em ambulatório, com **encaminhamento prioritário** à equipe (psiquiatria da infância e adolescência, psicologia, nutrição; CAPSi no SUS) e o pediatra monitorando peso e sinais vitais. O **tratamento baseado na família (FBT)** é a primeira linha na anorexia; na bulimia e na compulsão, **TCC** com a família envolvida.

1. O que é e como se apresenta

Os TA são transtornos psiquiátricos multifatoriais, com perturbação persistente da alimentação. A SBP (2021) estima prevalência de 13% entre adolescentes brasileiros, com pico de início dos 14 aos 19 anos, **70% de comorbidade psiquiátrica** e mortalidade da anorexia em torno de 5%, metade por desnutrição e boa parte do restante por **suicídio**. A idade média é de 12,5 anos (AAP 2021); meninos, adolescentes LGBTQIA+, atletas e adolescentes com diabetes tipo 1, de qualquer classe social ou peso, também adoecem (SAHM 2022).

Principais quadros (DSM-5-TR; CID-11 6B80–6B83):

QUADRO	NÚCLEO	PISTAS NO CONSULTÓRIO
Anorexia nervosa (AN)	Restrição com peso baixo para idade e trajetória, medo de engordar, distorção da imagem corporal	Começa como "comer saudável", exclui carboidratos e carne; evita comer com outros; exercício compulsivo; frio, tontura, queda de cabelo, amenorreia
Anorexia atípica	Crterios de AN com peso "normal" ou alto após grande perda	Mesma gravidade da AN (SAHM 2022)
Bulimia nervosa (BN)	Compulsão + compensação (vômitos, laxantes, diuréticos, jejum, exercício) ≥ 1 vez/semana por 3 meses	Peso normal ou oscilante; banheiro após comer; sinal de Russell , erosão dentária, parótidas aumentadas, hipocalcemia
Compulsão alimentar (TCA)	Compulsão com culpa e vergonha, sem compensação	Sobrepeso ou obesidade; come escondido, rápido, sem fome
TARE (ARFID)	Restrição por baixo interesse, aversão sensorial ou medo (engasgo, vômito), com perda de peso, carência, dependência de suplemento ou prejuízo psicossocial, sem distorção da imagem	Início na infância; TEA, ansiedade, engasgo prévio; cardápio muito curto

TARE e a "criança que não come": a seletividade fisiológica (neofobia, pico entre 18 e 36 meses) cursa com crescimento no canal; o TARE se distingue pelo **impacto** — queda na curva, carência, dependência de suplemento ou prejuízo social. A abordagem inicial está em **A criança que não come (dificuldades alimentares)**.

Obesidade e TA coexistem. A compulsão é o TA mais comum na obesidade, e a perda rápida no adolescente com obesidade pode ser anorexia atípica, com bradicardia e hipofosfatemia apesar do IMC "normal": a gravidade depende mais da **quantidade e da velocidade da perda** do que do peso atual (SAHM 2022). Dietas e comentários sobre o corpo aumentam o risco — daí a linguagem sem estigma de **Obesidade e risco cardiometabólico**.

Complicações: bradicardia, hipotensão, hipotermia, QT longo, atraso puberal, amenorreia, baixa massa óssea, hipoglicemia, hipocalcemia (vômitos), lanugo.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Comportamentos de risco (dietas, pular refeições, SCOFF positivo) com ≥ 90% da mediana do IMC , curva preservada, sinais vitais e exames normais, sem purgação	Seguimento pelo pediatra: psicoeducação sem estigma, refeições em família; retorno programado com peso, FC e PA
● Moderada	TA suspeito ou confirmado cl clinicamente estável : perda de peso ou desvio da curva, 75–90% da mediana do IMC, amenorreia, compulsão ou purgação recorrente, exercício compulsivo, anorexia atípica, TARE com carência; sem critério de internação	Encaminhar com prioridade à equipe (psiquiatria da infância e adolescência, psicologia, nutrição; CAPSi/CAPS IJ ou serviço de TA) — com urgência se perda rápida, próximo de 75%, purgação diária ou comorbidade grave; pediatra monitora peso, sinais vitais e eletrólitos
● Grave	Qualquer um (SBP 2021; SAHM 2022): % da mediana do IMC < 75%; FC < 50 bpm acordado ou < 45 bpm dormindo; PA < 90/45 mmHg; hipotensão ortostática (queda > 20 mmHg sistólica ou > 10 mmHg diastólica, ou aumento da FC > 20 bpm em pé); temperatura < 35,6 °C; distúrbio eletrolítico (hipocalemia, hipofosfatemia, hiponatremia); QTc prolongado ou arritmia; desidratação; recusa alimentar aguda; parada do crescimento; síncope, convulsão, pancreatite; purgação incontrolável; falha do ambulatório; ideação suicida ou diabetes tipo 1 descompensado	Pronto-socorro/hospital para estabilização e realimentação monitorada (ver "Como encaminhar")

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Perda **rápida** (mesmo com IMC normal ou alto), restrição de líquidos, purgação diária, laxantes, diuréticos, estimulantes ou GLP-1 sem prescrição; exercício > 2 h/dia desnutrido (MEED 2022).
- Diabetes tipo 1 com omissão de insulina; depressão, TOC, uso de substâncias, autolesão e **risco de suicídio**; família sem condições de supervisionar.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é clínico; os exames costumam ser normais no início e servem para gravidade e diferencial (SBP 2021).

Como perguntar sem estigma: parte da consulta a sós, com confidencialidade; perguntas sobre comportamento, não aparência ("O que comeu ontem?", "Faz algo para compensar o que

come?"); nunca elogiar perda de peso nem prescrever "dieta".

SCOFF (tradução livre deste site, com adaptação do item 3 para o adolescente; ≥ 2 "sim" = investigar — SEMA 2020):

1. Provoca vômito porque se sente cheio(a) demais?
2. Preocupa-se por perder o controle sobre o quanto come?
3. Perdeu mais de 6 kg em 3 meses (no adolescente, qualquer saída da curva)?
4. Acha-se gordo(a) quando os outros dizem que está magro(a)?
5. A comida domina a sua vida?

A versão brasileira validada (SCOFF-BR, 2021) foi testada em **adultos de 18 a 32 anos** de uma comunidade universitária, não em adolescentes; a SBP (2021) cita o **EAT-26** e o **BITE**. Nenhum questionário confirma ou exclui TA sozinho (NICE).

Exame físico: peso e estatura na curva da OMS, **IMC em escore-z** e **% da mediana do IMC** ($\text{IMC atual} \div \text{IMC do percentil 50 para idade e sexo} \times 100$), % e velocidade da perda; **FC e PA deitado e após 3 minutos em pé**, temperatura, hidratação; Tanner e menstruação; sinais de desnutrição e de purgação; autolesão e risco de suicídio. Desnutrição pela % da mediana do IMC (SBP 2021): leve 80–90%, moderada 70–79%, grave $< 70\%$.

Exames (SBP 2021; MEED 2022):

PARA QUEM	EXAMES
Toda suspeita	Hemograma, sódio, potássio, fósforo , magnésio , cálcio, ureia, creatinina, glicemia, transaminases, proteínas, TSH e T4 livre
Conforme o quadro	Ferritina, zinco, B12, vitamina D, lipídeos; prolactina, LH e FSH (amenorreia); beta-hCG; antitransglutaminase IgA com IgA total
ECG	Bradicardia, hipotensão, perda rápida, purgação, distúrbio eletrolítico, medicamento que prolonga o QT (NICE); ECG e eco na descompensação (SBP 2021); QTc > 460 ms = prolongado (limite desta Biblioteca)
Densitometria	Após 1 ano de baixo peso, ou antes se dor óssea ou fraturas (NICE)

Diferencial que não pode passar: hipertireoidismo, **diabetes tipo 1**, doença celíaca, doença inflamatória intestinal, insuficiência adrenal, tumor do SNC, neoplasias, esofagite eosinofílica, gravidez, depressão, drogas.

4. Tratamento e seguimento

Princípios (SBP 2021; SAHM 2022; NICE NG69): ambiente menos restritivo possível, **equipe multidisciplinar** e **família como aliada**, nunca culpada; a **recuperação do peso e da alimentação regular** vem primeiro.

Papel do pediatra: reconhecer cedo, encaminhar e monitorar a cada retorno peso, FC e PA com ortostatismo, temperatura e eletrólitos; definir com a equipe a **faixa de peso-alvo individual**, guiada pela curva prévia.

Tratamento baseado na família (FBT, "Maudsley"): primeira linha para a anorexia no adolescente, com mais ganho de peso e remissão que a terapia individual (SBP 2021; SAHM 2022; AAP 2021; NICE: FT-AN). Os pais assumem temporariamente as refeições, com supervisão durante e após, e devolvem a autonomia aos poucos; TCC focada no TA é alternativa quando o FBT não é possível.

Bulimia e compulsão: TCC focada no TA, com refeições regulares (3 refeições e 2–3 lanches, sem passar mais de 4 horas sem comer, à mesa e sem telas — SBP 2021) e **a família envolvida**; o NICE prefere primeiro a terapia familiar para bulimia (FT-BN). No TCA, a meta é controlar a compulsão, não perder peso; dieta restritiva piora o quadro.

TARE: equipe com nutrição, psicologia e fonoaudiologia ou terapia ocupacional (componente sensorial); exposição gradual aos alimentos e correção da carência; FBT adaptado tem evidência emergente (síntese das diretrizes dos EUA, 2025).

Nutrição e síndrome de realimentação:

- Na reintrodução alimentar do desnutrido grave ou crônico: **hipofosfatemia** (marca bioquímica), **hipocalemia**, **hipomagnesemia**, deficiência de tiamina e retenção hídrica, com arritmia e insuficiência cardíaca — grave, porém evitável (SBP 2021). O risco acompanha o **grau de desnutrição**, mais que as calorias iniciais (SAHM 2022).
- **Monitorar fósforo, potássio e magnésio** (e glicemia, sinais vitais e edema) antes e nos primeiros dias da realimentação, com a frequência e a reposição do protocolo do serviço.
- **Calorias iniciais (SBP 2021, quadro da Academy for Eating Disorders 2020):** desnutrição leve a moderada (70–90% da mediana do IMC), 1.400–1.800 kcal/dia com aumento de cerca de 400 kcal/dia até ganho de 1–2 kg/semana; grave (< 70%), 1.000–1.200 kcal/dia ou 20–25 kcal/kg/dia, com aumento de cerca de 200 kcal a cada 2 dias até ganho de 1 kg/semana. A SAHM (2022) considera seguro iniciar com mais calorias (em torno de 2.000 kcal/dia) sob monitorização; **o site adota a SBP**.

Medicamentos — papel secundário, do especialista: nenhum é tratamento isolado da anorexia, da bulimia ou da compulsão (NICE); servem às comorbidades.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Fluoxetina (bulimia, após falha da psicoterapia)	Titulação até 60 mg/dia	1x/dia	Conforme o especialista	SBP 2021 (ensaio aberto em 12–18 anos, máx. 60 mg/dia; só após falha de outros manejos); bula brasileira: 60 mg/dia na bulimia (estudos em adultos); sem efeito no ganho de peso na anorexia (SBP 2021)
Escitalopram (depressão ou ansiedade comórbida)	Início 10 mg/dia	1x/dia	Conforme o especialista	GLAD-PC 2018 (padrão do site); ECG se distúrbio eletrolítico
Olanzapina (anorexia grave, ansiedade intensa)	Conforme bula e especialista	—	—	Off-label, só pelo psiquiatra; glicemia, lipídeos e QTc

Não usar ou evitar:

- **Bupropiona** na bulimia e na anorexia (contraindicada — bula); estimulantes de apetite; benzodiazepínicos fora do especialista (SBP 2021).
- **Anticoncepcional ou estrogênio para "fazer menstruar"** ou proteger o osso — não de rotina (NICE); a menstruação volta com o peso.
- **Dietas, "canetas" (GLP-1) e remédios para emagrecer** em quem tem ou teve TA.
- Medicamentos que prolongam o QT sem ECG e eletrólitos (ondansetrona, domperidona, macrolídeos, antipsicóticos — ver **QT longo, canalopatias e prevenção da morte súbita**).

Purgação e seguimento: laxantes são retirados de forma gradual e não reduzem a absorção de calorias; revisão odontológica (NICE). O TA recidiva: o pediatra acompanha crescimento, puberdade, menstruação e massa óssea e reencaminha ao primeiro sinal de recaída.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Qualquer critério  da tabela de gravidade (SBP 2021).
- Hipoglicemia, síncope, convulsão, confusão, dor torácica, edema; ideação suicida com plano, tentativa ou autolesão grave.

Como encaminhar

1. Não liberar para casa esperando vaga; explicar, sem culpa, que a internação protege o coração.
2. Medir **FC, PA deitado e em pé, temperatura, glicemia capilar e SpO2**; ECG se disponível, sem atrasar a remoção.

3. **Hipoglicemia:** glicose IV 0,5–1 g/kg (SG 10% 5–10 mL/kg; MS, Protocolo SAMU 192 — padrão do site) ou carboidrato oral se consciente.
4. **Hipotensão ou desidratação:** acesso venoso e hidratação **cautelosa**, conforme o serviço (risco de sobrecarga); não forçar grandes volumes de comida antes da internação.
5. Manter aquecido e deitado se houver pré-síncope; oxigênio para manter **SpO2 ≥ 94%** se necessário.
6. **SAMU 192** se síncope, arritmia, dor torácica, convulsão ou confusão; contato prévio com o hospital (monitorização; UTI se instável).
7. **Risco de suicídio:** não deixar sozinho, acionar o CAPSi/CAPS, **CVV 188**; autolesão e tentativa são de **notificação obrigatória (compulsória)**.
8. **Relatório:** curva de peso, % da mediana do IMC, velocidade da perda, sinais vitais com ortostatismo, comportamentos, medicamentos (inclusive "canetas", laxantes e estimulantes), exames e ECG.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Transtorno alimentar é doença, não escolha nem culpa da família; a família é a principal aliada."
- "A comida é o remédio: refeições em horários regulares, à mesa, sem telas e sem comentários sobre peso ou corpo — de ninguém da casa. Fiquem por perto durante e depois das refeições, sem brigas."
- "Não elogiem emagrecimento; evitem dietas em casa." Atenção a redes sociais que promovem magreza.
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** desmaio ou tontura ao levantar, palpitações, dor no peito, confusão, convulsão, recusa em comer ou beber, vômitos várias vezes ao dia, fraqueza intensa, inchaço, falas sobre morrer ou se machucar (**CVV 188**; **SAMU 192**).

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Rastreio	Perguntar; EAT-26 e BITE	Sem protocolo clínico específico	Em toda con- sulta anual	SCOFF nunca isolado	SCOFF ≥ 2 (SEMA 2020)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Internação	FC < 50/< 45; PA < 90/45; T < 35,6 °C; < 75% mIMC; FC + 20 em pé	Sem posição específica localizada	Alinhada à SAHM 2022	Sem limiar ab- soluto; MEED: FC < 40, < 70% mIMC	Urgência: FC < 40, PAS < 70, K < 3	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE e o MEED
Exames	Amplos, com P e Mg; ECG na descompensa- ção	—	Avaliação mé- dica inicial	ECG por fato- res de risco	Eletrólitos, fós- foro, ECG	—	—	Segue o NICE
Realimentação	1.000–1.200 kcal no grave	—	Sem detalhe localizado	Evitar subnutri- ção (MEED)	Não abordada	—	—	Segue o NICE
Tratamento	FBT na AN; TCC; ISRS após falha na BN	Equipe; família aliada	FBT 1ª linha	FT-AN, FT-BN, TCC; sem fár- maco isolado	Detectar e encaminhar	Sem posição específica localizada	Programa in- terdisciplinar; TARE 6–18 anos	Segue o NICE

Leitura: todas convergem no diagnóstico precoce, nos sinais vitais com ortostatismo, na equipe multidisciplinar, no FBT como primeira linha na anorexia do adolescente e nos fármacos só como adjuvantes. Divergem nos **limiares**: SBP (2021) e SAHM (2022), com a AAP alinhada, usam os critérios da tabela; o MEED britânico (RCPsych 2022, ao qual o NICE remete) marca "vermelho" com FC < 40 bpm, < 70% da mediana do IMC e temperatura timpânica < 35,5 °C, e a SEMA usa FC < 40 e PAS < 70 mmHg. No ortostatismo, a SBP usa aumento da FC > 20 bpm e a SAHM 2022, > 40 bpm no adolescente; na realimentação, a SBP é mais cautelosa que a SAHM. **O site adota a posição da SBP.** O Ministério da Saúde não tem protocolo clínico específico; o cuidado segue a RAPS (UBS, CAPSi/CAPS IJ).

PONTOS PRÁTICOS

1. TA existe em qualquer peso: perda rápida na obesidade pode ser anorexia atípica.
2. Em toda suspeita: % da mediana do IMC, FC e PA deitado e em pé, temperatura, fósforo e magnésio; ECG se bradicardia, purgação ou perda rápida.
3. FC < 50/< 45, PA < 90/45, ortostatismo, T < 35,6 °C, < 75% da mediana do IMC, distúrbio eletrolítico, QTc longo ou recusa aguda =  internação.
4. Estável = encaminhamento prioritário à equipe, com o pediatra monitorando.
5. FBT na anorexia; TCC com a família na bulimia e na compulsão; remédio nunca isolado.
6. Na realimentação, monitorar fósforo, potássio e magnésio; sempre avaliar risco de suicídio (CVV 188).

Veja também, nesta Biblioteca: **A criança que não come (dificuldades alimentares)**, **Obesidade e risco cardiometabólico**, **Puberdade precoce e puberdade atrasada e Ansiedade e depressão na infância e adolescência** (Patologias do consultório); **QT longo, canalopatias e prevenção da morte súbita** (Cardiologia); **Transtornos Depressivos na Adolescência** (nesta área).

8. Fontes

- SBP, Departamento Científico de Adolescência. Transtornos alimentares na adolescência — anorexia e bulimia em tempos de pandemia (Manual de Orientação nº 21), 2021. [PDF](#)
- SAHM. Medical Management of Restrictive Eating Disorders in Adolescents and Young Adults. J Adolesc Health, 2022. [PMC](#)
- United States-based practice guidelines for children and adolescents with eating disorders — synthesis (SAHM, APA, AAP 2021, AACAP). J Eat Disord, 2025. [PMC](#)
- AAP. Identifying and Treating Eating Disorders (relatório clínico, Pediatrics 2021). [healthychildren.org](https://www.healthychildren.org)
- NICE. Eating disorders — recognition and treatment (NG69), 2017, atualizada em 2020. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Mughal F et al. Assessment and management of medical emergencies in eating disorders — guidance for GPs (síntese do MEED, Royal College of Psychiatrists, 2022). Br J Gen Pract, 2023. [DOI](#)

- SEMA. Ruiz Lázaro PM. Guía de actuación ante los TCA en la adolescencia en Atención Primaria. Adolescere, 2020. adolescere.es
- Ministério da Saúde, BVS. Quebre o preconceito e apoie as famílias — Dia Mundial de Ação contra os Transtornos Alimentares, 2025. bvsms.saude.gov.br
- The Brazilian version of the SCOFF questionnaire to screen eating disorders in young adults — validação em população universitária. Braz J Psychiatry, 2021 (lido pelo resumo). repositorio.ufmg.br
- Bula profissional do cloridrato de fluoxetina (Novartis Biociências). [PDF](#)
- Boston Children's Hospital. Eating Disorders Program; ARFID Program. [Eating Disorders Program](#); [ARFID Program](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.