

## TRATAMENTOS NUTRICIONAIS PARA ANOREXIA NERVOSA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Kamilla Kauany Felix<sup>1</sup>  
Maurício Pereira Almerão<sup>2</sup>

### RESUMO

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar grave, com importantes repercussões clínicas e elevada mortalidade. Este estudo teve como objetivo revisar evidências científicas disponíveis acerca das estratégias nutricionais para o tratamento da AN. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com 11 artigos publicados entre 2015 e 2025, identificados na base de dados PubMed. Os resultados apontaram aspectos relevantes como a composição da dieta, ingestão calórica inicial e via de alimentação. Protocolos com maior aporte calórico inicial, acompanhados de monitoramento clínico, mostraram-se eficazes e seguros para promover a recuperação ponderal. Dietas com menor teor de carboidratos demonstraram potencial para reduzir o risco de hipofosfatemia. A via oral é a preferida, mas a nutrição enteral (NE) mostrou-se eficaz em casos graves. Conclui-se que o tratamento para a AN deve ser individualizado e conduzido por equipe multiprofissional. No entanto, há necessidade de estudos com maior rigor metodológico para consolidar diretrizes seguras e aplicáveis a diferentes perfis clínicos.

**Palavras-chave:** Anorexia Nervosa; tratamento nutricional; realimentação; composição da dieta, ingestão calórica inicial; via de alimentação.

### 1 INTRODUÇÃO

A anorexia nervosa (AN) é definida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5), como um transtorno alimentar caracterizado por restrição calórica excessiva, medo intenso de ganhar peso e distorção da imagem corporal. O manual também identifica dois subtipos de AN: o tipo restritivo (AN-R), no qual a perda de peso ocorre por meio de dieta, jejum e/ou exercícios físicos excessivos; e o tipo com compulsão/purgação (AN-BP), que envolve episódios de compulsão alimentar e/ou comportamentos purgativos, como vômito autoinduzido ou uso inadequado de laxantes e diuréticos. Além desses subtipos, o DSM-5 também reconhece a presença da AN atípica, uma condição em que o indivíduo apresenta todos os sintomas centrais da AN, como a restrição alimentar e a distorção da imagem corporal, porém mantém um peso corporal dentro ou acima do normal. Apesar do peso aparentemente saudável, esses pacientes podem apresentar riscos clínicos semelhantes aos da forma típica da doença, tornando o diagnóstico e tratamento igualmente necessários. (American Psychiatric Association, 2023).

O desenvolvimento da AN ocorre predominantemente na adolescência, especialmente no período peripuberal, e, quando não tratada de forma precoce e eficaz, tende a apresentar um curso

---

<sup>1</sup> Discente do Curso de Nutrição da Universidade La Salle - Unilasalle, matriculada na disciplina de Trabalho de Conclusão II, sob a orientação do Prof. Maurício Pereira Almerão. E-mail: Kamilla.202122634@unilasalle.edu.br.

<sup>2</sup> Docente do Curso de Pós Graduação em Saúde na Universidade La Salle. Doutor em Genética e Biologia Molecular. E-mail: mauricio.almerao@unilasalle.edu.br.

prolongado, com importantes repercussões físicas, psicológicas e sociais, além de elevada taxa de mortalidade (Treasure et al., 2015). Quanto à prevalência na população, estima-se que a taxa ao longo da vida varie de 0,60 a 0,80%, sendo de 0,9 a 1,42% em mulheres e de 0,12 a 0,3% em homens (American Psychiatric Association, 2023). Clinicamente, a AN está associada a diversas complicações médicas que acometem múltiplos sistemas do organismo, sendo mais comuns as alterações metabólicas, cardiovasculares, gastrointestinais, hematológicas, neurológicas e endócrinas, destacando-se, entre estas, a perda significativa de densidade mineral óssea, que pode ocasionar sequelas irreversíveis (Cass et al., 2020).

Apesar da gravidade da AN e das complicações clínicas associadas, a maioria desses desfechos é potencialmente reversível com diagnóstico e tratamento adequado. (Bargiacchi et al., 2019; Brown et al., 2015). Nesse sentido, o tratamento multiprofissional torna-se essencial, pois possibilita uma abordagem integrada que contempla os aspectos nutricionais, médicos e psicológicos da AN, aumentando significativamente as chances de recuperação completa a longo prazo quando iniciado precocemente (Brown et al., 2015; Harrington et al., 2015). Dentro desse contexto, o tratamento nutricional desempenha um papel essencial no manejo clínico, tendo como principais objetivos reduzir o risco de morte por desnutrição, promover o ganho de peso de forma segura e corrigir os distúrbios somáticos secundários decorrentes do estado de desnutrição (Bargiacchi et al., 2018).

Considerando a complexidade clínica da AN, suas elevadas taxas de complicações e mortalidade, bem como o papel central da realimentação no processo de tratamento dessa condição, torna-se necessário reunir e analisar as evidências disponíveis sobre as estratégias nutricionais utilizadas no tratamento. A diversidade de abordagens descritas na literatura, associada à ausência de consenso sobre protocolos mais eficazes e seguros, reforça a importância de uma revisão que sistematize esse conhecimento e contribua para a prática profissional.

Sendo assim, o objetivo deste estudo é revisar as evidências científicas disponíveis acerca das estratégias nutricionais para o tratamento da AN. A relevância clínica desta revisão reside em reunir e analisar as estratégias atualmente utilizadas no tratamento nutricional desse transtorno alimentar, com o intuito de subsidiar a prática profissional, especialmente de nutricionistas, na condução de intervenções mais seguras, individualizadas e eficazes. Além disso, busca-se identificar lacunas na literatura que possam orientar futuras pesquisas, considerando a complexidade da AN e a variabilidade das recomendações.

## 2 METODOLOGIA

A busca bibliográfica foi realizada exclusivamente na base de dados PubMed, considerando publicações em língua inglesa, indexadas no período de 2015 a 2025. Foram empregadas duas estratégias de busca em abril de 2025. Na primeira estratégia, utilizaram-se os descritores “*Anorexia Nervosa AND treatment AND Nutritional Therapy AND Enteral Nutrition*”. A segunda estratégia empregou os termos “*Anorexia Nervosa AND treatment AND Nutritional Therapy AND Oral Feeding*”.

O processo de seleção dos estudos foi conduzido em quatro etapas: (1) triagem inicial por meio da leitura dos títulos e resumos; (2) seleção dos artigos potencialmente elegíveis para leitura na íntegra; (3) aplicação dos critérios de inclusão e exclusão; e (4) leitura, extração e análise dos dados. A análise foi conduzida de forma qualitativa e descritiva, permitindo a síntese das evidências

disponíveis e a identificação de estratégias relevantes para a prática clínica nutricional no tratamento de pacientes com AN.

Foram incluídos artigos originais e revisões da literatura (sistemáticas, narrativas e de escopo) que abordassem sobre tratamentos nutricionais em pacientes com diagnóstico de AN. Não foram estabelecidos critérios específicos quanto ao tipo de revisão, desde que os artigos abordassem estratégias nutricionais aplicadas ao tratamento da AN. Foram excluídos estudos voltados exclusivamente a outros transtornos alimentares, relatos de caso, cartas ao editor, opiniões, artigos duplicados e publicações que não abordassem diretamente o tema proposto.

Os dados extraídos dos estudos incluídos foram organizados em um quadro apresentado no Apêndice A, com o objetivo de facilitar a análise comparativa entre as estratégias nutricionais adotadas. Esse quadro apresenta informações como autoria, ano de publicação, país, desenho do estudo, intervenção ou objetivo, tempo de internação, número de participantes, idade e sexo dos participantes e os principais resultados clínicos declarados.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 Aspectos gerais**

Inicialmente, foram identificados 52 artigos na busca 1 e 23 artigos na busca 2, ambas realizadas na base de dados indicada. Após a triagem dos títulos e resumos, a maioria dos estudos foi excluída por não atender aos critérios de inclusão ou por se enquadrar nos critérios de exclusão previamente estabelecidos. Dos 13 artigos selecionados para leitura na íntegra, 2 foram excluídos, resultando em um total de 11 artigos incluídos na presente revisão.

Os 11 artigos incluídos nesta revisão integrativa apresentam uma variedade de delineamentos metodológicos, refletindo diferentes níveis de evidência sobre intervenções nutricionais na AN. A maioria dos artigos é composta por ensaios clínicos randomizados ( $n = 3$ ) e estudos observacionais retrospectivos ( $n = 4$ ), além de duas revisões sistemáticas, uma revisão de escopo e uma revisão narrativa. Essa diversidade metodológica resultou para uma análise mais abrangente, incorporando tanto resultados de intervenções controladas quanto dados oriundos da prática clínica.

A análise dos artigos incluídos revelou uma distribuição geográfica diversificada, com predominância de artigos provenientes da Austrália, que totalizou 3 publicações. Em seguida, Inglaterra, Itália e Estados Unidos contribuíram com 2 estudos cada. Também foram identificados artigos provenientes da Bélgica e Alemanha, com 1 publicação de cada país.

Quanto à distribuição temporal, observa-se uma predominância de publicações recentes: oito dos onze estudos foram publicados após o ano de 2020, indicando um aumento do interesse e da produção científica sobre tratamento nutricional para AN nos últimos 5 anos. Esses achados reforçam a atualidade da revisão e a relevância clínica das evidências analisadas.

Os achados desta revisão foram sistematizados em três categorias temáticas centrais, que refletem os principais aspectos abordados nos artigos selecionados: (1) composição da dieta, (2) ingestão calórica inicial e (3) via de alimentação. Essa categorização permitiu uma análise mais estruturada das estratégias utilizadas no tratamento nutricional da AN, destacando tanto os efeitos clínicos observados quanto às implicações para a segurança metabólica dos pacientes, contribuindo para a identificação de padrões e lacunas nas evidências disponíveis sobre o tratamento nutricional da AN.

### 3.1 Composição da dieta

A realimentação constitui uma etapa fundamental no tratamento da AN, sendo essencial para reverter os efeitos sistêmicos da desnutrição e estabilizar o estado clínico do paciente (Garber et al., 2016). Esse processo constitui a reintrodução gradual e planejada de nutrientes, com o objetivo de restaurar o peso corporal, corrigir desequilíbrios metabólicos e restabelecer funções fisiológicas comprometidas (Golden et al., 2004). No entanto, a realimentação requer cautela, pois está associada ao risco de desenvolvimento da síndrome da realimentação, que é caracterizada por alterações eletrolíticas, sobretudo hipofosfatemia, hipocalemia e hipomagnesemia, podendo afetar múltiplos sistemas orgânicos, como o cardiovascular e o neurológico (da Silva et al., 2020; Friedli et al., 2018).

Neste contexto, estudos recentes têm investigado a influência da composição da dieta nesse risco metabólico. O ensaio clínico randomizado piloto de Draffin et al. (2022) compararam uma dieta padrão (50–60% de carboidratos) com uma dieta de menor carga glicêmica (<40%) e não houve ocorrência de hipofosfatemia. Além disso, observaram maior ganho de peso nas primeiras semanas com a dieta padrão; no entanto, não houve diferença significativa no ganho de peso total ao final da internação entre os grupos.

Por outro lado, o ensaio clínico randomizado controlado duplo cego de Parker et al. (2021) avaliaram o uso de fórmulas enterais com baixo teor de carboidratos (28% das calorias totais) e alto teor de gordura (56%), em comparação com uma fórmula padrão em carboidratos (54%), ambas com 1,5 kcal/mL e 17% de proteína. Os autores demonstraram que a fórmula com menor teor de carboidratos reduziu o risco de hipofosfatemia, mantendo a eficácia na recuperação ponderal.

### 3.2 Ingestão calórica inicial

Além da composição da dieta, a quantidade calórica administrada nas fases iniciais da realimentação representa um aspecto igualmente crucial no tratamento nutricional da AN. Historicamente, o medo da síndrome da realimentação levou à adoção de estratégias conservadoras, baseadas em protocolos de realimentação hipocalórica (Garber et al., 2016). Essas recomendações, ainda presentes em diretrizes oficiais de diferentes países, visam reduzir os riscos metabólicos, especialmente a hipofosfatemia, considerada um importante marcador de risco metabólico (Haas et al., 2021). No entanto, evidências mais recentes têm sugerido que, quando bem monitoradas, estratégias com maior ingestão calórica inicial podem ser seguras e eficazes, especialmente em contextos clínicos controlados (Matthews et al., 2018; Redgrave et al., 2015). Essa mudança de perspectiva tem sido apoiada por estudos que investigam os efeitos da realimentação hipercalórica em diferentes populações com AN.

O ensaio clínico randomizado multicêntrico de O'Connor et al. (2016) comparou dois protocolos de realimentação: um grupo intervenção que iniciou com 1200 kcal/dia e um grupo controle com 500 kcal/dia. Observou-se que a dieta hipercalórica promoveu maior ganho ponderal, sem diferenças significativas na ocorrência de complicações clínicas, como hipofosfatemia e alterações no intervalo QTc (medida do tempo de repolarização cardíaca associada ao risco de arritmias).

De forma semelhante, o estudo observacional retrospectivo de Dalenbrook et al. (2022) avaliou em adolescentes gravemente desnutridos com AN internados os efeitos de um protocolo padronizado de realimentação hipercalórica, iniciado com cerca de 2000 kcal/dia. Os resultados indicaram que os pacientes atingiram as metas recomendadas de ganho de peso entre 0,5 e 1 kg por

semana. Durante a internação, 7,5% dos participantes apresentaram hipofosfatemia leve, e não foram identificados casos de síndrome da realimentação, segundo os critérios clínicos e laboratoriais adotados.

Nesse mesmo contexto, o estudo observacional retrospectivo de Maginot et al. (2017) investigou a segurança de um protocolo de realimentação com ingestão inicial  $\geq 1500$  kcal/dia em pacientes internados incluindo indivíduos com desnutrição grave ( $< 75\%$  do peso corporal esperado). Os participantes foram divididos em dois grupos: um com dieta hipocalórica (média de 1185 kcal/dia) e outro com dieta hipercalórica (média de 1781 kcal/dia, com aumentos graduais). Os achados mostraram que iniciar dietas mais calóricas não aumentou o risco de hipofosfatemia, hipomagnesemia ou hipocalcemia, mesmo em pacientes gravemente desnutridos. Contudo, os autores ressaltam a necessidade de estudos adicionais para confirmar a segurança dessa abordagem em pacientes com desnutrição grave, devido ao número reduzido desse subgrupo na amostra. Vale destacar que o principal fator associado à hipofosfatemia foi o menor percentual de peso corporal esperado na admissão. Além disso, os pacientes do grupo hipercalórico apresentaram menor tempo de internação, e a maioria das alterações eletrolíticas foi corrigida por meio da alimentação oral e monitoramento, sem necessidade de suplementação profilática.

Por fim, a revisão narrativa de Roman et al. (2024) analisou a segurança e a eficácia de protocolos de realimentação hipercalórica ( $\geq 1400$  kcal/dia) em crianças e adolescentes hospitalizados. Os resultados demonstraram que essa abordagem foi eficaz, promovendo maior ganho de peso, estabilização clínica mais rápida e redução no tempo de internação. Nenhum dos estudos revisados relatou a ocorrência de síndrome da realimentação, embora a hipofosfatemia leve tenha sido frequentemente observada (variando de 3,5% a 46%), especialmente em pacientes com maior grau de desnutrição.

### 3.3 Via de alimentação

Em relação às vias de alimentação, a escolha varia conforme o quadro clínico e a tolerância individual, sendo a via oral a mais indicada e frequentemente utilizada como abordagem inicial. Quando a ingestão calórica adequada não é alcançada por meio de alimentos sólidos, alimentos líquidos podem ser utilizados como etapa intermediária, muitas vezes evitando a necessidade de sondagem (Agostino et al., 2013; Mehler et al., 2010). A utilização de suplementos nutricionais orais também é uma estratégia eficaz para complementar a ingestão calórica e proteica, especialmente em casos de baixa aceitação alimentar (NICE, 2020).

A nutrição enteral (NE), principalmente por via sonda nasogástrica (SNG), é geralmente indicada em ambiente hospitalar, em situações de recusa alimentar aguda ou impossibilidade de alimentação oral, devendo ser empregada com cautela para evitar conotação punitiva (Haute Autorité De Santé, 2010). Em alguns casos, combina-se a via SNG com refeições orais para aumentar a oferta calórica, embora ainda não existam evidências conclusivas de que essa abordagem seja superior à realimentação exclusivamente oral (Agostino et al., 2013). Já a nutrição parenteral (NP) deve ser reservada a situações em que a NE não é viável, devido aos riscos de sepse e complicações metabólicas (Garber et al., 2016).

Nesse contexto, a revisão sistemática de Rizzo et al. (2018) avaliou a eficácia e segurança da realimentação por via SNG em pacientes com AN. A maioria dos artigos analisados mostrou que essa via de alimentação promove um ganho de peso superior a 1 kg por semana, com resultados mais expressivos do que a alimentação oral isolada. Além disso, a intervenção foi considerada

segura, com baixa incidência de efeitos adversos e ausência de casos de síndrome da realimentação. A aceitação psicológica do uso da sonda foi, em geral, positiva, e os poucos estudos que incluíram seguimento a longo prazo relataram benefícios sustentados, como menor taxa de recaída e maior tempo até a reinternação.

Complementando esses achados, a revisão de escopo de Dhopatkar et al. (2025) analisou os desfechos associados às diferentes fases da NE em pacientes com AN. Os autores observaram que a NE foi eficaz na promoção do ganho de peso, apresentando desempenho semelhante ou superior ao da via oral em diversos estudos. No que diz respeito à segurança metabólica, a incidência de hipofosfatemia, uma manifestação comum da síndrome da realimentação, foi semelhante entre as duas vias, sendo que a suplementação profilática de fósforo mostrou-se eficaz na prevenção dessa complicação.

A revisão sistemática de Bendall et al. (2023) comparou diretamente a realimentação oral com a realizada por via SNG em pacientes hospitalizados, avaliando eficácia, segurança e experiência do paciente. O ganho de peso semanal foi semelhante entre os métodos, com ambos alcançando, em média,  $\geq 0,5$  kg por semana. No entanto, a via SNG demonstrou maior ganho de peso total (5,4 a 15,9 kg), em comparação com a via oral (2,4 a 14 kg), embora os pacientes que utilizaram sonda iniciaram o tratamento em estado nutricional mais grave. O peso e o IMC (Índice de massa corporal) na alta apresentaram resultados variáveis, com evidências de baixa ou muito baixa certeza e sem diferenças clínicas consistentes entre os grupos. Nenhum artigo relatou casos de síndrome da realimentação ou eventos adversos graves; os efeitos colaterais foram leves, como náusea e irritação nasal. Apenas um estudo abordou a experiência do paciente, indicando que a via por SNG foi percebida como necessária, porém traumática, enquanto a via oral foi preferida por proporcionar maior senso de autonomia.

No âmbito dos estudos observacionais, Martini et al. (2024) investigaram a eficácia clínica da NE por via SNG em comparação com a reabilitação nutricional exclusivamente oral em adultos hospitalizados com AN. Os resultados demonstraram que o uso da SNG esteve significativamente associado a um maior ganho de peso durante a hospitalização, sugerindo uma possível vantagem da NE na recuperação do estado nutricional.”

De forma semelhante, o estudo observacional de Marchili et al. (2023) avaliou o impacto da NE por via SNG em pacientes com AN, comparando dois grupos: um que recebeu alimentação oral e outro que recebeu alimentação por via SNG. O grupo que utilizou a sonda apresentou menor IMC tanto na admissão quanto na alta, maior uso de psicotrópicos e tempo de internação mais prolongado. Apesar disso, apresentou um tempo significativamente maior até a recaída (8,2 vs. 3 meses).

#### **4 CONCLUSÃO**

Esta revisão reuniu evidências relevantes sobre estratégias nutricionais aplicadas ao tratamento da AN, evidenciando a centralidade da intervenção alimentar na reabilitação desses pacientes. Dada a complexidade clínica da doença, estratégias nutricionais bem planejadas, integradas a um tratamento multiprofissional, são fundamentais para promover o ganho de peso e a estabilidade metabólica de forma segura e eficaz. Destaca-se a importância de condutas personalizadas, baseadas em evidências científicas e ajustadas às condições clínicas e à resposta individual de cada paciente.

Os achados indicam que protocolos com maior aporte calórico inicial, quando conduzidos com monitoramento adequado, são eficazes e seguros, sem aumento expressivo no risco de síndrome da realimentação. A composição da dieta também se mostrou relevante, pois dietas com menor teor de carboidratos, tanto orais quanto enterais, estiveram associadas à menor incidência de hipofosfatemia sem comprometer a recuperação nutricional. Embora a via oral permaneça como a abordagem preferencial, a NE demonstrou ser uma alternativa eficaz em casos de maior comprometimento nutricional ou recusa alimentar.

Apesar dos avanços, ainda há lacunas importantes na literatura, como a escassez de ensaios clínicos randomizados com maior representatividade, especialmente de indivíduos do sexo masculino. Muitos estudos também apresentam limitações, como amostras pequenas e curto tempo de acompanhamento. Reforça-se, portanto, a necessidade de novos estudos com maior rigor metodológico, amostras mais diversificadas e protocolos bem delineados, que possam ampliar a aplicabilidade dos achados e subsidiar diretrizes mais abrangentes e eficazes para o manejo nutricional da AN.

## REFERÊNCIAS

- AGOSTINO, Hayley; ERDSTEIN, Julius; DI MEGLIO, Giuseppina. Shifting paradigms: continuous nasogastric feeding with high caloric intakes in anorexia nervosa. **Journal of Adolescent Health**, Nova Iorque, v. 53, n. 5, p. 590–594, 2013. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2013.06.005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23871800/>. Acesso em: 11 maio 2025.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.
- BARGIACCHI, Anne et al. Refeeding in anorexia nervosa. **European Journal of Pediatrics**, Heidelberg, v. 178, n. 3, p. 413–422, 2019. DOI: 10.1007/s00431-018-3306-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30483963>. Acesso em: 5 jun. 2025.
- BENDELL, Cassandra; TAYLOR, Nicholas F. The effect of oral refeeding compared with nasogastric refeeding on the quality of care for patients hospitalised with an eating disorder: a systematic review. **Nutrition & Dietetics**, Melbourne, v. 80, n. 1, p. 44–54, 2023. DOI: 10.1111/1747-0080.12754. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36254572/>. Acesso em: 26 abr. 2025.
- BROWN, Carrie; MEHLER, Philip S. Medical complications of anorexia nervosa and their treatments: an update on some critical aspects. Eating and Weight Disorders. **Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity**, Milano, v. 20, n. 4, p. 419–425, 2015. DOI: 10.1007/s40519-015-0201-1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26138740/>. Acesso em: 11 maio 2025.
- CASS, Kamila et al. Medical complications of anorexia nervosa. **Psychosomatics**, Baltimore, v. 61, n. 6, p. 625–631, 2020. DOI: 10.1016/j.psym.2020.06.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32778424/>. Acesso em: 04 maio. 2025.
- DA SILVA, Joshua S. V. et al. ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. **Nutrition in Clinical Practice**, Danville, v. 35, n. 2, p. 178–195, 2020. DOI: 10.1002/ncp.10474. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32115791>. Acesso em: 4 jun. 2025.

DALENBROOK, Sophia et al. Outcomes of a standardized, high-caloric, inpatient re-alimentation treatment protocol in 120 severely malnourished adolescents with anorexia nervosa. **Journal of Clinical Medicine**, Basel, v. 11, n. 9, p. 2585, 2022. DOI: 10.3390/jcm11092585. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35566710/>. Acesso em: 26 abr. 2025.

DHOPATKAR, Namrata et al. Enteral tube nutrition in anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa and outcomes: a systematic scoping review. **Nutrients**, Basel, v. 17, n. 3, p. 425, 2025. DOI: 10.3390/nu17020425. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39940283/>. Acesso em: 26 abr. 2025.

DRAFFIN, Kellie. et al. Comparison of a low carbohydrate intake and standard carbohydrate intake on refeeding hypophosphatemia in children and adolescents with anorexia nervosa: a pilot randomised controlled trial. **Journal of Eating Disorders**, Londres, v. 10, n. 50, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35413883/>. Acesso em: 26 abr. 2025.

FRIEDLI, Natalie et al. Management and prevention of refeeding syndrome in medical inpatients: an evidence-based and consensus-supported algorithm. **Nutrition**, Amsterdam, v. 47, p. 13–20, mar. 2018. DOI: 10.1016/j.nut.2017.10.014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29429529/>. Acesso em: 11 maio. 2025.

GARBER, Andrea K. et al. A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, Hoboken, v. 49, n. 3, p. 293–310, mar. 2016. DOI: 10.1002/eat.22488. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26661289/>. Acesso em: 12 maio. 2025.

GOLDEN, Neville H.; MEYER, Wendy. Nutritional rehabilitation of adolescents with anorexia nervosa: goals and dangers. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, Berlim, v. 16, n. 2, p. 131–144, 2004. DOI: 10.1515/ijamh.2004.16.2.131. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15266992/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

HAAS, Verena et al. Practice-based evidence and clinical guidance to support accelerated re-nutrition of patients with anorexia nervosa. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, Filadélfia, v. 60, n. 5, p. 555–561, maio de 2021. DOI: 10.1016/j.jaac.2020.10.017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32998025/>. Acesso em: 15 jun. 2025.

HARRINGTON, Brian C. et al. Initial evaluation, diagnosis, and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. **American Family Physician**, Leawood, v. 91, n. 1, p. 46–52, 2015. DOI: 10.1001/jama.2015.7116. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25591200/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. **Anorexie mentale: prise en charge**. Saint-Denis La Plaine: HAS, 2010. Disponível em: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge). Acesso em: 17 maio 2025.

MAGINOT, Tamara R. et al. Outcomes of an inpatient refeeding protocol in youth with anorexia nervosa: Rady Children's Hospital San Diego/University of California, San Diego. **Journal of Eating Disorders**, Londres, v. 5, n. 1, p. 1–7, 2017. DOI: 10.1186/s40337-017-0148-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28053702/>. Acesso em: 26 abr. 2025.

MARCHILI, Maria R. et al. Early naso-gastric feeding and outcomes of anorexia nervosa patients. **Nutrients**, Basel, v. 15, n. 3, p. 490, jan. 2023. DOI: 10.3390/nu15030490. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36771197/>. Acesso em: 26 abr. 2025.

MARTINI, Matteo et al. Nasogastric tube feeding in anorexia nervosa: a propensity score-matched analysis on clinical efficacy and treatment satisfaction. **Nutrients**, Basel, v. 16, n. 11, p. 1664, jun. 2024. DOI: 10.3390/nu16111664. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38892597/>. Acesso em: 26 abr. 2025.

MATTHEWS, Kylie et al. A higher-calorie refeeding protocol does not increase adverse outcomes in adult patients with eating disorders. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, Chicago, v. 118, n. 8, p. 1450–1463, 2018. DOI: 10.1016/j.jand.2018.01.011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29656932/>. Acesso em: 17 jun. 2025.

MEHLER, Philip S. et al. Nutritional rehabilitation: practical guidelines for refeeding the anorectic patient. **Journal of Nutrition and Metabolism**, Londres, v. 2010, Article ID 625782, 7 p., 2010. DOI: 10.1155/2010/625782. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20798756/>. Acesso em: 14 maio 2025.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Eating disorders: recognition and treatment**. London: NICE, 2020. (NICE Guideline, NG69). Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>. Acesso em: 28 jun. 2025.

O'CONNOR, Graeme. et al. Refeeding low weight hospitalized adolescents with anorexia nervosa: a multicenter randomized controlled trial. **Nutrition in Clinical Practice**, Thousand Oaks, v. 31, n. 5, p. 681–689, out. 2016. DOI: 10.1177/0884533616661900. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26869609/>. Acesso em: 26 abr. 2025.

PARKER, Elizabeth K. et al. A standard enteral formula versus an iso-caloric lower carbohydrate/high fat enteral formula in the hospital management of adolescent and young adults admitted with anorexia nervosa: a randomised controlled trial. **Journal of Eating Disorders**, Londres, v. 9, n. 160, p. 1-9, dez. 2021. DOI: 10.1186/s40337-021-00494-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34895344/>. Acesso em: 26 abr. 2025.

REDGRAVE, Grahah W. et al. Refeeding and weight restoration outcomes in anorexia nervosa: challenging current guidelines. **International Journal of Eating Disorders**, Hoboken, v. 48, n. 7, p. 866–873, 2015. DOI: 10.1002/eat.22410. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25625572/>. Acesso em: 17 jun. 2025.

ROMAN, Céline et al. High-calorie refeeding in adolescents with anorexia nervosa: a narrative review. **Acta Gastro-Enterologica Belgica**, Bruxelas v. 87, n. 2, p. 287–293, abr./jun. 2024. DOI: 10.51821/87.2.14. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39210761/>. Acesso em: 26 abr. 2025.

RIZZO, Saara M.; DOUGLAS, Joy W.; LAWRENCE, Jeannine C. Enteral nutrition via nasogastric tube for refeeding patients with anorexia nervosa: a systematic review. **Nutrition in Clinical Practice**, Thousand Oaks, v. 34, n. 3, p. 359–370, 2019. DOI: 10.1002/ncp.10252. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30070730/>. Acesso em: 25 abr. 2025..

TREASURE, Janet et al. Anorexia nervosa. **Nature Reviews Disease Primers**, Londres, v. 1, n. 1, p. 1–22, 2015. DOI: 10.1038/nrdp.2015.41. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27189821/>. Acesso em: 11 maio 2025.

APÊNDICE A - Quadro sobre diferentes aspectos relacionados aos tratamentos nutricionais e a AN.

Categoria	Autor - Desenho do Estudo [País]	População-alvo	Intervenção/objetivo + tempo de internação	Principal(is) Resultado(s)
Composição da Dieta	Driffin et al. (2022) – ECR Piloto [Austrália].	N = 23 adolescentes hospitalizados. <b>Idade média:</b> 15,2 ± 1,6 anos. <b>Sexo:</b> 100% feminino.	<b>Intervenção:</b> dieta padrão (50–60% CHO) vs. <40% CHO; mais de 90% do aporte foi via oral em ambos os grupos. <b>Tempo de internação:</b> 16,2 ± 6,1 dias (50–60% CHO) vs. 19,4 ± 7,6 dias (<40% CHO).	Maior ganho de peso na 1ª semana no grupo padrão (1,4 kg vs. 0,6 kg; p=0,03), resultado significativo. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto ao ganho de peso total durante a internação (3,0 vs. 2,3 kg; p = 0,4). Sem ocorrência de hipofosfatemia de realimentação.
Composição da Dieta	Parker et al. (2021) – ECR Duplo Cego [Austrália].	N = 24 jovens hospitalizados. <b>Idade média:</b> 17,5 ± 1,1 anos. <b>Sexo:</b> 100% feminino.	<b>Intervenção:</b> fórmulas enterais isocalóricas (1,5 kcal/mL): 28% CHO, 56% lipídios vs. 54% CHO, 29% lipídios. <b>Tempo de internação:</b> 24,3 ± 11,3 dias (fórmula hipoglicídica/hiperlipídica) e 24,4 ± 6,5 dias (fórmula padrão).	Hipofosfatemia menor com fórmula 28% CHO (35,7% vs. 90%), diferença estatisticamente significativa (p = 0.013). Sem ocorrência de Síndrome de realimentação. Ganho de peso semelhante entre os grupos (p > 0,05).
Ingestão Calórica Inicial	O'Connor et al. (2016) – ECR Multicêntrico [Inglaterra].	N = 36 adolescentes hospitalizados. <b>Idade média:</b> 13,8 ± 1,8 anos. <b>Sexo:</b> 94,4% do sexo feminino e 5,6% do sexo masculino.	<b>Intervenção:</b> grupo intervenção 1200 kcal/dia vs. grupo controle 500 kcal/dia; via oral. <b>Tempo de internação:</b> 10 dias.	O grupo com 1200 kcal/dia apresentou maior ganho no percentual do mIMC (p = 0,05), com significância estatística limítrofe. A diferença de peso foi de 0,47 kg (p = 0,1), sem significância. Hipofosfatemia leve ocorreu em 28% no grupo intervenção e em 11% no controle (p = 0,4), sem diferença significativa. Também não houve diferença no QTc (p

				= 0,5).
Ingestão Calórica Inicial	Dalenbrook et al. (2022) – Observacional Retrospectivo [Alemanha].	<b>N</b> = 120 adolescentes hospitalizados. <b>Idade média:</b> 17,3 ± 1,8 anos. <b>Sexo:</b> 99,2 % feminino e % 0,8 masculino.	<b>Objetivo:</b> avaliar dietas com início de 2000 kcal/dia; A ingestão calórica diária foi aumentada individualmente de acordo com a evolução do peso. <b>Tempo de internação:</b> 4 semanas.	Ganho de peso foi de 0,76 ± 0,22 kg por semana. Ao longo de 4 semanas, o ganho de peso total foi de 3,00 ± 1,92 kg. 7,5% desenvolveram hipofosfatemia leve; sem síndrome de realimentação.
Ingestão Calórica Inicial	Maginot et al. (2017) – Observacional Retrospectivo [Estados Unidos].	<b>N</b> = 87 adolescentes hospitalizados. <b>Idade:</b> 14,4 ± 2,7 anos. <b>Sexo:</b> 83,9% feminino e 16,1% masculino.	<b>Objetivo:</b> comparar dietas com ≥1500 kcal/dia vs. ≤1500 kcal/dia; via oral; monitoramento intensivo nas primeiras 72h. <b>Tempo de internação</b> Grupo baixa caloria: 20,7 ± 11,2 dias; Grupo alta caloria: 13,5 ± 8,4 dias; A diferença foi estatisticamente significativa (p < 0,01).	Iniciar com um nível calórico mais alto em comparação ao nível baixo não foi associado ao aumento do risco de desenvolver hipofosfatemia (69% contra 60%, p = 0,65), hipomagnesemia (63% contra 50%, p = 0,53) ou hipocalcemia (6% contra 10%, p = 0,72) nas primeiras 72 horas. A hipofosfatemia inicial foi mais comum entre pacientes com menor percentual de peso esperado na admissão, sugerindo que o grau de depleção corporal é um preditor mais importante de anormalidades eletrolíticas.
Ingestão Calórica Inicial	Roman et al. (2024) – Revisão Narrativa [Bélgica].	<b>N</b> = Os estudos incluíram amostras entre 21 e 310 participantes hospitalizados com AN. Total de 1517. <b>Idade:</b> entre 9 e 24 anos.	<b>Objetivo:</b> avaliar as evidências sobre protocolo de realimentação com altas calorias em crianças e adolescentes hospitalizados com AN, com foco em: segurança da abordagem (especialmente risco de síndrome de realimentação). efetividade na restauração do peso e	A alta caloria inicial (≥1400 kcal/dia) resultou em: Maior ganho de peso (variando de 1,3 kg até 2,1 kg/semana em alguns estudos). Estabilização médica mais rápida. Redução no tempo de internação A síndrome da realimentação clínica

		<b>Sexo:</b> não contém especificação no artigo.	proposta de um protocolo prático de realimentação intra hospitalar <b>Duração:</b> 4 semanas a 1 ano (alguns artigos incluídos não declararam tempo da internação).	não foi observada em nenhum dos estudos. Hipofosfatemia leve foi comum (3,5% a 46%), especialmente em pacientes mais desnutridos.
Via de Alimentação	Rizzo et al. (2018) – Revisão Sistemática [Estados Unidos].	<b>N</b> = Os estudos incluíram amostras entre 9 a 381 participantes por estudo. Total de 953. <b>Idade:</b> entre 10 e 57 anos. <b>Sexo:</b> Em 9 dos 10 estudos, a proporção de mulheres era maior que 90%. 1 estudo incluiu apenas homens.	<b>Objetivo:</b> o foco da revisão foi avaliar se o uso da NE por SNG é uma estratégia eficaz e segura para promover a restauração de peso em pacientes com AN. <b>Tempo de internação:</b> entre 14 e 90 dias (alguns artigos não declararam a duração da internação).	Ganho >1 kg/semana; boa aceitação psicológica e segurança clínica. Não houve complicações graves associadas à síndrome da realimentação. Distúrbios eletrolíticos como hipocalemia, hipomagnesemia e hipoglicemia foram raros e geralmente leves.
Via de Alimentação	Dhopatkar et al. (2025) – Revisão de Escopo [Inglaterra].	<b>N</b> = Os estudos incluíram amostras entre 9 e 484 participantes por estudo Total de 3.269. <b>Idade média:</b> ≈ 20,03 anos. <b>Sexo:</b> feminino ≈ 94,8 e masculino ≈ 5,2%.	<b>Objetivo:</b> explorar os desfechos associados às diferentes fases da NE. <b>Tempo de internação:</b> entre 10 e 60 dias (alguns artigos não declararam a duração da internação).	A NE promoveu ganho de peso semelhante ou superior à via oral em diversos estudos. Hipofosfatemia semelhante à via oral.
Via de Alimentação	Bendall et al. (2023) – Revisão Sistemática [Austrália].	<b>N</b> = Os estudos incluíram amostras de 14 a 381 participantes por estudo. Total de 886. <b>Idade média:</b> 19,7 anos. <b>Sexo</b> a proporção de	<b>Objetivo:</b> comparar os benefícios e danos da realimentação oral em comparação com a realimentação por SNG. <b>Tempo de internação:</b> 22 a 162 dias (alguns artigos incluídos não	Ganho de peso total: maior ganho com sonda (5,4–15,9 kg vs. 2,4–14 kg). Pacientes com sonda iniciaram com peso mais baixo. Certeza: Moderada. Segurança: nenhum caso de síndrome de realimentação ou evento grave.

		mulheres era maior que 90%. 1 estudo incluiu apenas homens.	declararam tempo da internação).	
Via de Alimentação	Martini et al. (2024) – Observacional Retrospectivo [Itália].	<b>N</b> = 241 adultos hospitalizados. <b>Idade:</b> entre 18 e 65 anos. <b>Sexo:</b> 100% feminino.	<b>Objetivo:</b> avaliar a eficácia clínica da NE por SNG em comparação com reabilitação exclusivamente oral em pacientes adultos hospitalizados com AN. <b>Tempo de internação:</b> a duração média foi de 39 dias no grupo com sonda nasogástrica e 36 dias no grupo sem sonda.	A NE por via SNG foi significativamente associada à maior ganho de peso durante a hospitalização ( $p = 0,005$ ).
Via de Alimentação	Marchili et al. (2023) – Observacional Retrospectivo [Itália].	<b>N</b> = 315 adolescentes hospitalizados. <b>Idade média</b> 14,4 anos $\pm 1,2$ . <b>Sexo:</b> 89,2% feminino e 10,8% masculino.	<b>Objetivo:</b> avaliar o papel da NE por SNG nos desfechos de curto e longo prazo em pacientes com AN, incluindo: ganho de peso, duração da hospitalização e tempo até recaída após alta em comparação a um grupo sem SNG. <b>Tempo de internação:</b> grupo com SNG: $31 \pm 11$ dias e grupo sem SNG: $16 \pm 9$ dias ( $p < 0,001$ ). Diferença significativa.	Ganho de peso (diferença de percentil de IMC entre admissão e alta): grupo com SNG $3,7 \pm 7,8$ e grupo sem SNG: $5,2 \pm 13,6$ . ( $p = 0,314$ ). Diferença não significativa. Tempo até recaída: grupo com NSG $8,2 \pm 9,7$ meses e grupo sem SNG $3,0 \pm 6,0$ meses ( $p = 0,035$ ). Diferença significativa.

Legenda: AN: Anorexia Nervosa; CHO: Carboidrato; N: Número de Participantes; ECR: Ensaio Clínico Randomizado; IMC: Índice de Massa Corporal; mIMC: IMC modificado (percentual do IMC esperado); NE: Nutrição Enteral; SNG: Sonda Nasogástrica; QTc: Intervalo QT corrigido (medida do tempo de repolarização cardíaca, associado ao risco de arritmias); p: nível de significância estatística.

Fonte: elaborado pela autora, 2025.