

Resumo das recomendações

Autores: Claudia Mauricio Pieper e Tarcila Beatriz Ferraz de Campos

Editor Chefe: Marcello Bertoluci

DOI: [10.29327/5660187.2025-11](https://doi.org/10.29327/5660187.2025-11) | [Cite este artigo](#)

Introdução

Transtornos alimentares (TA) caracterizam-se por alterações severas no hábito ou no comportamento alimentar que ocorrem em razão de um distúrbio psíquico ou metabólico, e encontram-se descritos no DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)¹ e no CID-11 (Classificação Internacional de Doenças).²

Os principais transtornos alimentares são a bulimia nervosa (BN), a anorexia nervosa (AN), o transtorno de compulsão alimentar (TCA) e o transtorno alimentar não-especificado (TANE).^{1,2}

Prevalência e fatores predisponentes

Entre os fatores predisponentes para o desenvolvimento de distúrbios alimentares, tem sido descrito a influência de fatores psicológicos, biológicos, socioculturais, familiares e genéticos.^{3,4} A natureza crônica do diabetes também é apontada como um dos fatores predisponentes para o desenvolvimento de distúrbios alimentares, especialmente na adolescência. Pensamentos obsessivos sobre comida, somados à insatisfação com a imagem corporal e à crença de que o diabetes seja um desafio diário para o seu autocontrole também contribuem para o aparecimento de transtornos alimentares.⁵

A prevalência de diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) em meninas adolescentes e jovens adultas com transtornos alimentares atinge cerca de 7% a 11%.^{5,7} Nas pessoas com DM2, a prevalência varia entre 6,5% e 9%. Enquanto a bulimia nervosa e os TANEs com variedade “compulsiva purgativa” são mais prevalentes em pacientes com DM1, os TCAs são mais prevalentes no DM2.⁸ Adolescentes com DM1 de ambos os sexos apresentam mais sintomas e comportamentos bulímicos, quando comparados a pessoas sem diabetes.^{6,7} O índice de massa corporal (IMC) elevado e o mau controle glicêmico têm sido apontados como fatores associados à ocorrência de transtornos alimentares, em especial no DM2.⁸⁻⁹ Comorbidades

psiquiátricas, como depressão, ansiedade e distúrbios de personalidade, podem estar presentes, agravando o quadro clínico, sobretudo em paciente com diabetes.¹⁰

As consequências dos transtornos alimentares são severas, podendo levar inclusive ao óbito. No caso do diabetes, os TAs podem ser a causa do mal controle glicêmico e do surgimento precoce de complicações crônicas.^{11,13} O *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT)¹⁴ mostrou que o controle glicêmico nos adolescentes com DM1 tende a ser pior. Fatores relativos à própria puberdade, fatores familiares e psicossociais estão envolvidos. Na presença de transtornos alimentares são observados níveis mais altos de hemoglobina glicada (HbA1c), atraso de crescimento estatural, atraso do desenvolvimento puberal, cetoacidoses recorrentes e maior prevalência de complicações crônicas microvasculares.¹¹ Finalmente, a duração da omissão de insulina está significativamente associada ao aparecimento de retinopatia e nefropatia diabética em jovens com DM1.^{11,12}

Tipos de transtornos alimentares mais comuns

Anorexia nervosa (AN)

A AN é representada por uma distorção da imagem corporal em que ocorre medo mórbido de engordar e, na maioria das vezes, restrição e/ou seleção de alimentos. Modificações no comportamento alimentar, como a realização constante de diferentes tipos de dieta com o objetivo de perder peso, podem ser fatores predisponentes para a AN.

O quadro clínico caracteriza-se por perda de peso importante, geralmente maior do que 15% do peso ideal, com um índice de massa corporal (IMC) menor ou igual a 17,5 kg/m². No DSM-V foi incluída uma classificação de gravidade baseada no IMC (ou percentil do IMC em crianças e adolescentes): leve (> 17 kg/m²), moderada (16 kg/m² a 16,99 kg/m²), grave (15 a 15,99 kg/m²) ou extrema (< 15 kg/m²).¹

De acordo com os critérios descritos no DSM-V, no sexo feminino, não é mais necessário para o diagnóstico, a presença de amenorreia.¹ No sexo masculino, observa-se frequentemente um distúrbio conhecido com o nome de dismorfia muscular ou vigorexia. Jovens com este distúrbio, por causa de percepção distorcida da imagem corporal, praticam exercícios físicos de forma exagerada, com o objetivo de obter definição e/ou aumento da massa muscular.¹

No paciente com DM1 e anorexia nervosa, a alimentação irregular ou períodos de jejum podem levar a quadros frequentes e graves de hipoglicemia. A prática exagerada de exercícios físicos também pode causar episódios hipoglicêmicos, devendo ser observado a duração da atividade, já que a hipoglicemia pode ser tardia (4 horas a 5 horas após, ou até mais tardiamente).

Quando a anorexia é do tipo “purgativo”, são realizadas formas de compensação, como vômitos, uso de laxantes e diuréticos e, mais frequentemente, manipulação da dose de insulina, podendo causar cetoacidose diabética.^{12,13} Quando os níveis de glicemia estão elevados de forma crônica também podem ocorrer períodos de amenorreia ou de alteração da menstruação.

Bulimia nervosa (BN)

A BN é o transtorno alimentar mais frequente em jovens com DM1, podendo ocorrer em cerca de 30% das meninas (1% na faixa etária de 9 aos 13 anos, 14% na faixa de 12 aos 18 anos e 34% na faixa de 16 aos 22 anos).^{5,7}

Na BN ocorre uma tentativa de compensação após a ingestão alimentar, sendo dividida em dois tipos: purgativa e não purgativa. No DM1, a BN purgativa caracteriza-se pela alteração deliberada da dose de insulina, diminuindo a dose ou deixando de usá-la com o objetivo de perder peso corporal.¹ É também conhecida com o nome de “diabulimia”. Os estudos que avaliaram a prevalência de omissão/restrição da dose de insulina em pessoas com DM1 mostraram índices que variaram de 4,1% a 58%.^{15,16} A BN purgativa pode ocorrer também de forma concomitante com a prática de vômitos, uso de laxantes, enemas e/ou diuréticos.¹

A forma não purgativa caracteriza-se pela prática de atividade física excessiva, visando também a perda de peso. Geralmente o paciente se apresenta com IMC normal ou até mesmo com sobrepeso. Pacientes com diabetes e bulimia apresentam frequência maior de internações em razão de complicações agudas, como episódios recorrentes de cetoacidose diabética e hipoglicemias graves e também de complicações crônicas, como a retinopatia e a nefropatia.^{11,13}

Transtorno da compulsão alimentar (TCA)

O TCA foi incluído no DSM-V como categoria própria de transtorno alimentar.¹ É definido pela presença de episódios recorrentes de comer mais alimentos em um período de tempo mais curto do que a maioria das pessoas consumiria nas mesmas circunstâncias. Os episódios são marcados por sentimento de falta de controle e ocorrem em média, uma vez por semana em, pelo menos, três meses. A pessoa com TCA pode comer muito rapidamente, mesmo quando não está com fome. Apresenta geralmente sentimento de culpa, vergonha ou angústia, podendo comer sozinho para ocultar o comportamento.¹ É mais comum em pessoas com DM2, sendo que pode estar associado a um quadro de sobrepeso ou obesidade ou mesmo precedê-lo.⁸

O TCA tem sido relatado em 1/3 dos indivíduos que estão em tratamento para o controle de peso. A prevalência nas pessoas com diabetes estudada em vários grupos é variável: 30 a 59,4%.^{8,9} Isto dificulta o controle do diabetes e a perda de peso, promovendo de forma mais precoce o aparecimento de complicações agudas e crônicas. As principais características dos transtornos alimentares estão descritas na tabela 1.

TABELA 1. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Condição	Critérios diagnósticos e características clínicas	Características no diabetes mellitus
ANOREXIA NERVOSA	<ul style="list-style-type: none"> • Distorção da imagem corporal • Medo mórbido de engordar • Seleção alimentar • Múltiplas dietas para perder peso • Perda de >15% do peso ideal com IMC<17,5kg/m² • Alteração do ciclo menstrual (mulheres) • Dismorfia muscular (homens e mulheres) • Classificação de gravidade baseada no IMC atual (ou percentil do IMC em crianças e adolescentes): Leve >17 Kg/m²; Moderada 16-16,99 kg/m² Grave: 15-15,99 kg/m² Extrema <15kg/m² 	<ul style="list-style-type: none"> • Raro. • Maior mortalidade no DM1. • Hipoglicemias graves. • Difícil diagnóstico durante descompensação metabólica crônica com perda de peso. • Retardo de crescimento puberal e alterações hormonais. • Pele e fâneros secos e hiperqueratose • Osteopenia
BULIMIA NERVOSA	<ul style="list-style-type: none"> • Episódios recorrentes de compulsão alimentar seguidos de comportamentos compensatórios inapropriados (vômitos autoinduzidos, uso de laxantes e enemas, diuréticos ou outros medicamentos, ou ainda, exercícios físicos em excesso), para impedir o ganho de peso. • A autoavaliação é influenciada pelo peso e forma corporal. • Compulsão alimentar e comportamentos compensatórios, pelo menos 1 vez por semana, durante 3 meses. • Leve: 1 a 3 episódios; Moderada: 4 a 7 episódios; Grave: 8 a 13 episódios; Extrema: 14 ou mais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode passar despercebido pelos familiares e equipe de saúde. • Episódios repetidos de cetoacidose ou hipoglicemias. • Internações de repetição. • HbA1c sempre elevadas sem explicação. • Troca frequente de planos alimentares. • Recusa à monitorização das glicemias capilares.
TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR (TCA)	<ul style="list-style-type: none"> • Ingestão de quantidades de alimento muito maiores do que a maioria dos indivíduos consumiria sob circunstâncias semelhantes, em um período determinado. • Os episódios de compulsão alimentar devem estar associados a pelo menos três desses fatores: <ol style="list-style-type: none"> 1. comer mais rapidamente do que o normal. 2. comer até sentir-se desconfortavelmente cheio. 3. comer grandes quantidades de alimento mesmo sem a sensação de fome. 4. sentir-se envergonhado, culpado ou deprimido após comer. 5. comer sozinho por vergonha da quantidade que está comendo. • É necessário que os episódios ocorram em média, pelo menos 1 vez por semana, durante 3 meses. • Classificação de acordo com a frequência dos episódios: Leve - 1 a 3; Moderada - 4 a 7; Grave - 8 a 13 Extrema - 14 ou mais sem a associação com comportamentos compensatórios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mais frequente no DM2. • Geralmente precede o diagnóstico. • Episódios de compulsão promovem sobrepeso, obesidade e hiperglicemia. • Hiperglicemia de difícil controle promovida pela frequência dos episódios de compulsão alimentar.

Sinais de alerta para transtornos alimentares em pessoas com diabetes:

O profissional de saúde que atende pessoas com diabetes deve estar atento a sinais e sintomas de alerta que podem estar presentes e ajudar no diagnóstico de transtorno alimentar, como mostrado no Quadro 1 [16.17](#)

QUADRO 1. SINAIS DE ALERTA PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES EM PESSOAS COM DM

1. Omissões inexplicadas de doses de insulina.
2. Episódios recorrentes de cetoacidose diabética.
3. Episódios recorrentes de hipoglicemia.
4. Níveis sempre elevados de HbA1c.
5. Atraso no crescimento.
6. Atraso puberal.
7. Queixas de menstruação irregular.
8. Episódios frequentes de infecções urinárias.
9. Perda de apetite, buscando perda de peso ou comer em excesso.
10. Flutuações no peso.
11. Perda severa ou ganho rápido de peso sem explicações clínicas.
12. Início precoce de neuropatia, retinopatia, nefropatia e gastroparesia.
13. Depressão, ansiedade ou outros distúrbios psicológicos.
14. Pedidos frequentes para mudar o plano alimentar.
15. Insistência na auto administração de insulina.
16. Abuso de levotiroxina, quando concomitante com hipotireoidismo.
17. Abuso de metformina.

NOTA IMPORTANTE 1: FATORES QUE AGRAVAM OS TRANSTORNOS ALIMENTARES:

- Ganho de peso e insatisfação com o corpo podem estar associados à insulino terapia no momento do diagnóstico. Durante períodos de mau controle metabólico, geralmente há perda de peso, que, para algumas meninas no período pré-puberal ou puberal, pode

ser plenamente desejável. A introdução de insulina ou a melhora do controle glicêmico pode levar ao ganho de peso, afetando de forma negativa a percepção corporal da adolescente.

- Dietas tradicionais baseadas em porções ou quantidades restritas de alimentos, e dietas mais flexíveis como a contagem de carboidratos, frequentemente são percebidas como formas de restrição.^{17,18}
- Necessidade de monitorização constante dos níveis de glicose pode gerar ansiedade e ao mesmo tempo frustração, podendo levar a à diminuição com o autocuidado.

*BES= Binge Eating Scale

Recomendações

RECOMENDAÇÕES GERAIS

R1 - É RECOMENDADO procurar sinais de alerta (Quadro 1) para transtornos alimentares em todos os adolescentes e jovens com DM 1, em razão da alta prevalência nesta população.

Classe I **Nível B**

Sumário de evidências:

- Os transtornos alimentares e suas variantes subclínicas são aproximadamente duas vezes e meia mais comuns em adolescentes do sexo feminino com DM1 do que em seus pares sem diabetes.^{5,7}
- Estudos de prevalência sustentam que transtornos alimentares são muito prevalentes em adolescentes e jovens adultas com DM1, com implicações clínicas no curto e no longo prazo.^{6,7}
- A manifestação mais comum de transtorno alimentar em pessoas com diabetes é a omissão da dose de insulina para controle de peso, relatado em 2% das meninas pré-adolescentes⁵ e entre 11% a 15% das meninas adolescentes.⁷

- Em uma análise populacional envolvendo 770 indivíduos na faixa etária de 11 a 19 anos de idade, 31,6% dos participantes relataram restrição do uso de insulina e 6,9% relataram omissão de insulina após comer em excesso^{32,17,19}
- Em uma meta análise recente, observou-se a omissão ou o uso indevido de insulina com o objetivo de perder peso em torno de 10.3%, e que mulheres apresentaram um risco significativamente maior quando comparado aos homens.³³

NOTA IMPORTANTE 2: ATENÇÃO PARA OMISSÕES DE INSULINA EM ADOLESCENTES

- É importante a investigação de transtornos alimentares entre os 11 e os 19 anos por profissionais de saúde que acompanham e participam do tratamento do DM1, bem como dos familiares os quais precisam estar atentos a mudanças no comportamento em relação ao uso de insulina, monitorização da glicemia e mudança de hábitos alimentares.⁵

NOTA IMPORTANTE 3: USO DE ESCORES DIAGNÓSTICOS

- Ferramentas específicas como o DEPS-R para o rastreamento de transtornos alimentares em pessoas com DM1 já têm validação na língua portuguesa (Ver suplemento 1).³⁵

QUEM DEVE DIAGNOSTICAR E TRATAR

R2 - É RECOMENDADO o diagnóstico e tratamento dos transtornos alimentares pela equipe de saúde multidisciplinar capacitada e envolvida no tratamento do DM, devendo ser composta por psiquiatra, psicólogo, endocrinologista-diabetologista e nutricionista.

Classe I Nível C

Sumário de evidências:

- Este painel, com base em opinião de experts, considera fundamental que todos os componentes da equipe multidisciplinar (psiquiatra, endocrinologista, psicólogo, nutricionista, dentista, enfermeiro) que atendem pessoas com diabetes estejam atentas e aptas para a suspeita da presença de transtorno alimentar.^{24,26}
- A maioria dos estudos randomizados e diretrizes recomenda a terapia cognitivo-comportamental como o tratamento de primeira linha para transtornos alimentares, incluindo bulimia e anorexia nervosa. O tratamento deve ser realizado por profissionais especializados com experiência na área de transtornos alimentares^{21,28,31}
- Um ensaio clínico randomizado comparou o efeito da psicoterapia psicanalítica (PP) com o terapia cognitivo-comportamental (TCC) em 70 pacientes com bulimia nervosa. Os pacientes receberam sessões semanais de PP durante 2 anos ou de TCC por 5 meses e, novamente após 2 anos. O defecho primário foi o percentual de pacientes referindo ausência de episódios de compulsão (binge) ou de purga, e a média do escore Eating Disorder Examination (EDE) Global Score após 5 meses e após 2 anos. Após 5 meses, 42% dos pacientes com TCC e 6% dos pacientes com PP referiram parada do comportamento de compulsão ou purga ($p < 0,01$). Aos 2 anos, 44% no grupo TCC e 15% no grupo PP ($p = 0,02$) atingiram este defecho. Ao final do tratamento, ambos melhoraram o escore EDE, porém as mudanças ocorreram mais rapidamente no grupo com CBT, sendo esta opção mais efetiva.

ATENÇÃO MAIOR PARA COMPLICAÇÕES MICROVASCULARES NO DM1 COM TRANSTORNOS ALIMENTARES

R3 - É RECOMENDADO avaliar a presença de complicações crônicas microvasculares em adolescentes e jovens com DM1 com menos de cinco anos do diagnóstico que apresentem transtornos alimentares associados à omissão ou restrição da insulina com a intenção de perder peso.

Classe I Nível C

Sumário de evidências:

- A omissão ou a restrição deliberada de insulina como forma de controlar o peso, induzindo hiperglicemia e glicosúria e o tempo de duração da omissão, demonstrou estar associada a controle glicêmico insatisfatório, a níveis elevados de hemoglobina glicada (A1c) e ao aparecimento mais precoce de complicações crônicas relacionadas ao diabetes, como retinopatia, nefropatia e neuropatia. [11,13,15,18](#)
- Um estudo observacional realizado com 91 mulheres jovens (entre 12 anos e 18 anos) com DM1 determinou a prevalência e persistência de transtornos alimentares através de autorrelatos de alimentação, incluindo omissão ou diminuição intencional de insulina para o controle de peso. A idade média das participantes era 15 ± 2 anos e a duração do DM1 7 ± 4 anos. No início do estudo 26 das 91 jovens (29%) tinham transtornos alimentares. Destas, o transtorno persistiu em 18% e melhorou em 11% após quatro a cinco anos de seguimento. Das 65 mulheres com comportamento alimentar normal no início do estudo, 15% desenvolveram transtornos alimentares no mesmo período. A omissão ou diminuição da dose de insulina para perder peso foi relatada em 14% das participantes no início do estudo e em 30% após o seguimento ($p=0,003$). O HbA1c foi maior no grupo com transtornos alimentares mais graves ($11,1 \pm 1,2\%$) do que no grupo com transtornos alimentares moderados ($8,9 \pm 1,7\%$) e no grupo sem transtorno alimentar ($8,7 \pm 1,6$ $p<0,001$). Transtornos alimentares ocorrendo no início do estudo foram associados à retinopatia 4 anos depois ($p=0,004$). [11](#)
- É fundamental que os profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento e tratamento de pessoas com diabetes estejam cientes da associação frequente de complicações microvasculares com transtornos alimentares. A prevenção com identificação precoce e estratégias de rastreamento é muito importante para ajudar a reduzir o risco de complicações microvasculares do diabetes neste grupo. [11,13,15,24](#)

SUPERVISÃO

R4 - Na abordagem de pessoas com DM1 e transtornos alimentares, É RECOMENDADO a supervisão por familiares, cuidadores e profissionais de saúde para evitar a omissão e o manejo inapropriado da insulinoterapia.

Classe I **Nível C**

Sumário de evidências:

- Considera-se, com base em opinião de experts, que, na avaliação multidisciplinar do DM1 com transtornos alimentares, deva ser abordado:
 - 1) o potencial para omissão de doses de insulina em uso;
 - 2) o controle metabólico;
 - 3) a necessidade energética nutricional;
 - 4) a imagem corporal;
 - 5) o funcionamento familiar;
 - 6) o tipo e frequência de exercícios;
 - 7) a presença de compulsão alimentar;
 - 8) aspectos relacionados à purgação, incluindo uso abusivo de laxantes e os padrões de sono.
- Meta de peso deve ser estabelecida pela equipe responsável pelos cuidados às pessoas com DM.
- A equipe de saúde não deve apoiar ajustes de insulina para justificar comportamentos de compulsão alimentar ou restrições alimentares patológicas.
- A supervisão na administração de insulina por familiares é importante no tratamento dos distúrbios alimentares em pessoas com DM.

RISCO DE HIPOGLICEMIA

R5 - É RECOMENDADO atenção especial da equipe ao maior risco de episódios de hipoglicemia e de cetoacidose em pessoas com DM1 e transtornos alimentares.

Classe I Nível C

Sumário de evidências:

- Um estudo de prevalência multicêntrico incluindo 662 pacientes com DM1 e 322 DM2 foi submetido a questionários e entrevistas para detecção de distúrbios alimentares. Foi encontrada uma prevalência de 5,9% independentemente do sexo e do tipo de diabetes, sendo que 4,1% de toda a amostra relatou subtratamento ou omissão intencional de uso da insulina. Quando os pacientes foram estratificados de acordo com o tipo de diabetes, não houve diferença na prevalência de distúrbios alimentares. A prevalência de bulimia foi maior no DM1 em relação ao DM2 1,5% vs. 0,3% respectivamente, sendo a prevalência durante a vida toda 3,2% vs 1,9%, respectivamente. O transtorno do comer compulsivo foi mais frequente no DM2 (prevalência pontual 1,8% vs. 3,7%, prevalência em toda a vida 2,6% vs. 5,9%.⁵⁶
- O surgimento de complicações crônicas é mais precoce, especialmente a retinopatia, a nefropatia e a neuropatia diabética.^{12,15,17,26}
- Indivíduos com transtornos alimentares frequentemente não reconhecem ou admitem que estão doentes, sendo mais difícil de ser percebido pelo paciente e pela própria família quando o diabetes também está presente. O risco de hipoglicemia e cetoacidose diabética recorrente é aumentado, assim como é maior a dificuldade para se conseguir controle metabólico adequado.³⁸

TRATAMENTO

O tratamento deve envolver equipe multiprofissional capacitada. Há necessidade de tratamento psicoterápico individual visando trabalhar aspectos da aceitação do diabetes, da autoestima e imagem corporal.

Quanto mais precocemente diagnosticado e tratado for o transtorno alimentar, melhor será o prognóstico. Deve-se determinar, no momento do diagnóstico, se existe risco de vida ou necessidade de hospitalização.

É fundamental estabelecer um apoio psicológico da família.^{19,20} A indicação de medicamentos geralmente é necessária na presença de comorbidades, como depressão e ansiedade associadas ao quadro de transtorno alimentar, sempre considerando possíveis efeitos colaterais e contraindicações no diabetes *mellitus*.^{30,31}

Medicamentos são necessários na presença de depressão e ansiedade, associadas ao quadro de transtorno alimentar, sempre levando em conta possíveis efeitos colaterais e contra indicações no DM.^{30,31}

No tratamento farmacológico do Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) (Tabela 2), o único medicamento atualmente aprovado pela *Food and Drug Administration* é a lisdexanfetamina.^{23,40} Este medicamento é um dos pilares do tratamento para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), porém também promove diminuição do apetite. Embora não tenha contra-indicações específicas para uso em pacientes com DM2, tem contraindicações cardiovasculares conhecidas e deve ser usado com cautela em pacientes com hipertensão arterial.^{36,37}

ASPECTOS GERAIS

PLANO ALIMENTAR INDIVIDUALIZADO

R6 - Em pessoas com diabetes e transtornos alimentares, É RECOMENDADO orientar e dar um suporte individualizado ao planejamento alimentar, além de psicoeducação, alertando quanto aos riscos de hipoglicemia e cetoacidose.

Classe I Nível C

Sumário de evidências:

- Este painel recomenda, baseado em opinião de experts, o planejamento alimentar individualizado como ferramenta fundamental no tratamento de todos os transtornos alimentares em pacientes com diabetes, fornecendo orientação prática para o paciente e seus cuidadores.
- Planos alimentares em pessoas com diabetes e transtornos alimentares possuem três objetivos:

- 1) atender às necessidades de energia e nutrientes;
 - 2) proporcionar abordagem organizada para o consumo de alimentos; e
 - 3) dessensibilizar alimentos temidos, excessivos ou purgados. A orientação do plano alimentar para o tratamento é uma intervenção comportamental indispensável. ³⁹
- Na anorexia nervosa, a terapia envolve três fases principais:
 - 1) restituição do peso perdido, utilizando-se, quando necessário, suplementos alimentares e reposição vitamínica; ²¹
 - 2) tratamento de distúrbios psicológicos, como distorção da imagem corporal, baixa autoestima e manejo dos conflitos interpessoais. Orientação deve ser dada ao paciente e à família quanto à necessidade de reduzir ou parar a atividade física. ²⁰

NOTA IMPORTANTE 4: PLANO ALIMENTAR

- Deve ser individualizado, com mudanças graduais em relação à ingestão alimentar atual do indivíduo.
- Deve ser focado em atender às necessidades de energia (macronutrientes e micronutrientes).
- Deve ser organizado em refeições como café da manhã, almoço, jantar e pequenos lanches.
- Deve ser flexível.
- Deve estabelecer maior variedade de alimentos selecionados.

NOTA IMPORTANTE 5: PRINCÍPIOS ALIMENTARES INTUITIVOS

- As evidências são limitadas sobre a eficácia do ensino de princípios alimentares intuitivos para pacientes com transtornos alimentares. ²²
- Estudo piloto de dois anos avaliou a eficácia de um programa alimentar intuitivo para pacientes em um centro de tratamento de transtornos alimentares.
- O comer intuitivo reúne estratégias alimentares dirigidas internamente, reconhecendo e respondendo aos sinais de fome e saciedade, e atenção para experimentar o ato de comer.

- Pacientes podem desenvolver habilidades de alimentação intuitiva.²²

TRATAMENTO ESPECIFICO

TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR (TCA)

No tratamento farmacológico do Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) (Tabela 2), o único medicamento atualmente aprovado pela *Food and Drug Administration* é a lisdexanfetamina.^{23,40} Este medicamento é um dos pilares do tratamento para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), porém também promove diminuição do apetite. Seu uso em pessoas com diabetes tipo 2 deve ser individualizado, com avaliação médica minuciosa do perfil cardiovascular, sobretudo em casos de hipertensão ou histórico de eventos cardíacos. O monitoramento clínico deve ser frequente, e outras opções terapêuticas devem ser consideradas em casos de alto risco.^{36,37}

Medicamentos são necessários para TCA na presença de depressão e ansiedade, associadas ao quadro de transtorno alimentar, sempre levando em conta possíveis efeitos colaterais e contra indicações no DM.^{30,31}

TABELA 2. FÁRMACOS DISPONÍVEIS PARA TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR

FÁRMACOS	Efeito Principal	Estudo
LISDEXANFETAMINA 50-70mg/dia Aprovada pelo FDA.	Redução de frequência de episódios de compulsão alimentar em escalas validadas YOOS-BE; melhora gravidade dos sintomas.	Ensaio Clínico Randomizado ⁴⁰
TOPIRAMATO	Redução da frequência dos episódios de compulsão e promoção de remissão.	Metanálise de ECR, ⁴⁵
SEMA GLUTIDA	Redução nos escores de episódios de compulsão alimentar (BES)*, melhor que outras medicações.	Coorte retrospectiva ⁴³
LIRAGLUTIDA	Redução nos episódios de compulsão alimentar (BES)* e peso; significância estatística no peso, mas não nos episódios.	ECR duplocego piloto ⁴¹
DULAGLUTIDA	Redução em episódios de compulsão alimentar (BES)*, peso e HbA1c.	Estudo piloto aberto ⁴⁴

FLUOXETINA	Reduz a frequência de episódios de compulsão Escore Hamilton Rating Scale para Depressão (HAMD).	Ensaio Clínico pequeno vs placebo ⁴⁷
SERTRALINA	Reduz a frequência de episódios de compulsão.	Ensaio Clínico pequeno vs placebo ⁵¹

TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR (TCA)

R7 - A lisdexanfetamina está RECOMENDADA como primeira escolha para tratamento do Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) moderado a grave em adultos, para redução de episódios de compulsão alimentar e melhora dos sintomas.

Classe I Nível B

Sumário de evidências:

- Um ensaio clínico randomizado, multicêntrico, duplo-cego, em paralelo, com 259 adultos com TCA, comparou o efeito da lisdexamfetamina (30, 50 e 70mg/dia) contra placebo 1:1:1:1 na alteração do número de episódios semanais de compulsão alimentar (*binge*). As dosagens eram tituladas em 3 semanas e mantidas por 8 semanas, com seguimento até 7 dias depois da última dose. O desfecho primário foi o número de episódios de compulsão medido em dias/semana entre o baseline e a semana 11. Na semana 11, o número de dias/semana com BE (*Binge*) diminuiu com a dose de 50-mg/d (*least squares [LS] mean [SE] change*, -1.49 [0.066]; $P = .008$) e 70-mg/d (*LS mean [SE] change*, -1.57 [0.067]; $P < .001$), mas não com a dose de 30-mg/d. comparado ao placebo. O percentual de participantes atingindo cessação por 4 semanas foi menor no placebo (21.3%) comparado aos grupos de tratamento: 50-mg/d (42.2% [$P = .01$]) e 70-mg/d (50.0% [$P < .001$]). A incidência de qualquer efeito adverso foi 58.7% para o placebo e 84.7% para o grupo de tratamento. No grupo tratamento, 1.5% of participantes tiveram efeitos adversos sérios. Eventos com frequência de pelo menos 5% e alterações na frequência cardíaca foram consistentes com o perfil de segurança conhecido. A alteração média do peso corporal foi de -0.1 (3.09) para o grupo placebo e , -3.1 (3.64)(30mg), -4.9 (4.43) (50mg), -4.9 (3.93) (70mg), and -4.3 (4.09)kg (Tratamento combinado) ($P < .001$ para cada dose vs placebo).⁴⁰

R8 - O topiramato DEVE SER CONSIDERADO para tratamento do Transtorno da Compulsão Alimentar moderado a grave em adultos, como alternativa para redução da frequência dos episódios de compulsão e promoção de remissão.

Classe IIa Nível B

Sumário de evidências:

- Uma revisão sistemática com metanálise de ensaios clínicos randomizados systematic foi conduzida para avaliar intervenções farmacológicas em adultos com TCA. O desfecho primário incluiu a redução na frequência dos episódios de compulsão alimentar (*binges*), bem como alterações no peso e nos escores de compulsão alimentar. Entre os achados com evidências de alta certeza, o topiramato mostrou a maior eficácia em reduzir os episódios de *binge* ([MD] = -1.72) e em promover remissão (odds ratio [OR] = 3.99), seguido pela lisdexamfetamina (MD = -1.50; OR = 3.33) e dasotralina (MD = -0.97; OR = 1.97). Apesar do resultado, o panorama da farmacoterapia pra TCA ainda carece de evidências robustas em ensaios clínicos maiores.⁴⁵

NOTA IMPORTANTE 6: FÁRMACOS PARA TCA

- A lisdexanfetamina é o único medicamento aprovado pelo FDA (EUA) especificamente para o tratamento do BED moderado a grave em adultos. Ensaios clínicos randomizados demonstram que a lisdexanfetamina (50–70 mg/dia) reduz significativamente a frequência dos episódios de compulsão alimentar e melhora a gravidade dos sintomas, com diferença clinicamente relevante em escalas validadas como a YBOCS-BE. No entanto, seu uso está associado a eventos adversos como insônia, ansiedade, cefaleia e há risco potencial de abuso e efeitos cardiovasculares, devendo ser considerada a relação risco-benefício em cada caso.⁴⁰
- O topiramato, um anticonvulsivante, também apresenta eficácia significativa na redução da frequência dos episódios de compulsão e na promoção de remissão, com magnitude de efeito semelhante ou superior à lisdexanfetamina em metanálises recentes. Entretanto, o perfil de efeitos adversos do topiramato (parestésias,

alterações cognitivas, perda ponderal, entre outros) limita seu uso rotineiro, sendo geralmente reservado para casos refratários ou quando há contraindicação a outras opções.⁴⁵

- Antidepressivos, especialmente ISRSs como a fluoxetina, sertralina, e escitalopram, têm sido avaliados em diversos ensaios clínicos. Embora possam reduzir a frequência dos episódios de compulsão, o efeito é modesto e inferior ao observado com lisdexanfetamina ou topiramato. Os ISRSs podem ser considerados em pacientes com comorbidade depressiva significativo.^{48,49,50}

ANOREXIA NERVOSA

R9 - Na Anorexia Nervosa, É RECOMENDADO o tratamento é focado na estabilização clínica, reeducação alimentar e intervenção psicológica multidisciplinar especializado de profissionais da área médica, nutricional e saúde mental

Classe I Nível C

Sumário de evidências:

- Não há evidência de benefício de farmacoterapia específica para anorexia nervosa no DM1, e o uso de insulina deve ser ajustado cuidadosamente, evitando tanto a omissão proposital (comportamento de “diabulimia”) quanto a administração excessiva.^{31,53}
- O tratamento de anorexia nervosa em pacientes com diabetes, especialmente diabetes tipo 1, exige uma abordagem multidisciplinar e individualizada, devido à complexidade clínica e ao risco aumentado de complicações metabólicas e psiquiátricas.⁵⁴
- O objetivo do tratamento é a restauração do peso, a reabilitação nutricional e o tratamento psicoterápico focado no transtorno alimentar.⁵⁴
- A reabilitação nutricional deve ser conduzida com metas individualizadas de ganho ponderal semanal e definição de peso-alvo, levando em conta o histórico pré-mórbido e a função fisiológica normal. Sugere-se que a ingestão calórica inicial geralmente deva variar entre 1500 e 2000 kcal/dia, com aumentos progressivos até 3000-4000 kcal/dia,

sempre com monitorização rigorosa de eletrólitos e sinais de síndrome de realimentação. ⁵⁴

- No contexto do diabetes, a meta de controle glicêmico durante a realimentação deve ser menos rigorosa do que o habitual. O controle glicêmico estrito pode aumentar o risco de hipoglicemia e complicar a adesão ao plano alimentar, sendo mais seguro aceitar níveis de glicemia pouco acima do alvo habitual temporariamente, até que a estabilidade nutricional seja alcançada. ^{54,55}

NOTA IMPORTANTE 7: ANOREXIA NERVOSA

- Na anorexia nervosa, a terapia envolve três fases principais:
 - 1) restituição do peso perdido, utilizando-se, quando necessário, suplementos alimentares e reposição vitamínica;
 - 2) tratamento de distúrbios psicológicos, como distorção da imagem corporal, baixa autoestima;
 - 3) manejo dos conflitos interpessoais.
- Orientação deve ser dada ao paciente e à família quanto à necessidade de reduzir ou parar a atividade física.

R10 - Na Bulimia Nervosa, É RECOMENDADO a Terapia Cognitivo Comportamental individual como primeira linha de tratamento, para redução dos episódios de compulsão, purga alimentar e melhora dos escores de bulimia.

Classe I | Nível B

Sumário de evidências:

- Um ensaio clínico randomizado comparou o efeito da psicoterapia psicoanalítica (PP) com o terapia cognitivo-comportamental (TCC) em 70 pacientes com bulimia nervosa. Os pacientes receberam sessões semanais de PP durante 2 anos ou de TCC por 5 meses e, novamente após 2 anos. O defecho primário foi o percentual de pacientes referindo ausência de episódios de compulsão (binge) ou de purga, e a média do

escore *Eating Disorder Examination* (EDE) *Global Score* após 5 meses e após 2 anos. Após 5 meses, 42% dos pacientes com TCC e 6% dos pacientes com PP referiram parada do comportamento de compulsão ou purga ($p < 0,01$). Aos 2 anos, 44% no grupo TCC e 15% no grupo PP ($p = 0,02$) atingiram este desfecho. Ao final do tratamento, ambos melhoraram o escore EDE, porém as mudanças ocorreram mais rapidamente no grupo com TCC, sendo esta opção mais efetiva.⁵²

R11 - A fluoxetina DEVE SER CONSIDERADA para redução de episódios de vômitos nos casos moderados a graves quando a terapia cognitivo comportamental não for acessível, especialmente quando depressão estiver associada.

Classe IIa **Nível B**

Sumário de evidências:

- Uma metanálise de 5 estudos randomizados pequenos, ($n = 411$ usando SSRI e $n = 222$ controles no total), avaliando a eficácia e a tolerabilidade da fluoxetina entre diversas outras medicações usadas para bulimia nervosa, foi observado uma redução média de 18% na frequência de episódios de vômitos, com baixa heterogeneidade, porém sem alteração nos episódios de compulsão alimentar, tendo sido bem tolerada.⁵⁰

Tabela de Recomendações

Tabela de Recomendações	Classe	Nível
R1. É RECOMENDADO procurar sinais de alerta para transtornos alimentares em todos os adolescentes e jovens com DM 1, em razão da alta prevalência nesta população.	I	B
R2. É RECOMENDADO o diagnóstico e tratamento dos transtornos alimentares pela equipe de saúde multidisciplinar capacitada e envolvida no tratamento do DM, devendo ser composta por psiquiatra, psicólogo, endocrinologista-diabetologista e nutricionista.	I	C

R3. É RECOMENDADO avaliar a presença de complicações crônicas microvasculares em adolescentes e jovens com DM1 com menos de cinco anos do diagnóstico que apresentem transtornos alimentares associados à omissão ou restrição da insulina com a intenção de perder peso.

R4. Na abordagem de pessoas com DM1 e transtornos alimentares, É RECOMENDADO a supervisão por familiares, cuidadores e profissionais de saúde para evitar a omissão e o manejo inadequado da insulino-terapia.

R5. É RECOMENDADO atenção especial da equipe multidisciplinar ao maior risco de episódios de hipoglicemia e de cetoacidose em pessoas com DM1 e transtornos alimentares.

R6. Em em pessoas com diabetes e Transtornos Alimentares É RECOMENDADO orientar um planejamento alimentar alertando quanto aos riscos de hipoglicemia e cetoacidose.

R7 A lisdexanfetamina está RECOMENDADA como primeira escolha para tratamento do Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) moderado a grave em adultos, para redução de episódios de compulsão alimentar e melhora dos sintomas

R8. O topiramato DEVE SER CONSIDERADO para tratamento do Transtorno da Compulsão Alimentar moderada a grave em adultos, como alternativa para redução da frequência dos episódios de compulsão e promoção de remissão.

I	C
I	C
I	C
I	C
I	B
IIa	B

R9. Na Anorexia Nervosa, É RECOMENDADO o tratamento é focado na estabilização clínica, reeducação alimentar e intervenção psicológica multidisciplinar especializado de profissionais da área médica, nutricional e saúde mental

R10 Na Bulimia Nervosa, É RECOMENDADO a Terapia Cognitivo Comportamental individual como primeira linha de tratamento, para redução dos episódios de compulsão, purga alimentar e melhora dos escores de bulimia.

R11 A Fluoxetina DEVE SER CONSIDERADA para redução de episódios de vômitos nos casos moderados a graves quando a terapia cognitivo comportamental não for acessível, especialmente quando depressão estiver associada

I	C
I	B
IIa	B

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5. 5th. ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013. [Links]
2. World Health Organization (WHO). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) 2018 Version [Internet]. [cited 2019 Dec]. icd. who.int/browse11/l-m/en
3. Rikani AA, Choudhry Z, Chodhry A, Ikram H, Asghar M W, Kajal K, Waheed A, Mobassarah N. A critique of the literature on the etiology of Eating Disorders. Ann Neurosci. 2013; 20(4):157-161 doi: [10.5214/ans.0972.7531.200409](https://doi.org/10.5214/ans.0972.7531.200409)
4. Bulik CM, Blake A, Austin J. Genetics of Eating Disorders: What the clinician needs to know. Psychiatr Clin North Am 2019 42(1):59-73. doi: [10.1016/j.psc.2018.10.007](https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.007)
5. Colton P, Olmsted MP, Daneman D, Farquhar JC, Wong H, Muskat S, et al. Eating

disorders in girls and women with type 1 diabetes: a longitudinal study of prevalence, onset, remission, and recurrence. *Diabetes Care*. 2015;38(7):1212-1217. doi: 10.2337/dc14-2646. [PubMed]

6. Baechle C, Castillo K, Strabburger K, Sthal-Pehe A, Meissner T, Holl RW, Giani G, Rosenbauer J. Is Disordered Eating Behavior More Prevalence in Adolescents with Early-Onset Type 1 Diabetes than in Their Representative Peers? *Int J Eat Disord*. 2014; 342-352. doi: 10.1002/eat.22238. Epub 2013 Dec 22.

7. Jones JM, Lawson ML, Daneman D, Olmsted MP, Rodin G. Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross-sectional study. *Br Med J*. 2000;320:1563-1566. doi: 10.1136/bmj.320.7249.1563. [PubMed]

8. Herpetz S, Albus C, Lichtblau K, Köhle K, Mann K, Senf W. Relationship of weight and Eating Disorders in Type 2 Diabetic Patients: A multicenter study. *Int J Eat Disord*. 2000; 28:68-77.

9. Nieto-Martinez R, González-Rivas JP, Medina-Inojosa JR, Florez H. Are Eating Disorders Risk Factors for Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Diab Rep*. 2017;17: 138.

10. Wisting L, Skriverhaug J, Dahl-Jørgensen K, Rø Ø. Prevalence of disturbed eating behavior and associated symptoms of anxiety and depression among adult males and females with type 1 diabetes. *J Eat Disord*. 2018;6:28. doi: 10.1186/s40337-018-0209-z. [PubMed]

11. Rydall AC, Rodin GM, Olmsted MP, Devenyi RG, Daneman D. Disordered eating behavior and microvascular complications in young women with insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 1997;336:1849-1854. doi:10.1056/NEJM199706263362601. [PubMed]

12. Takii M et al. The duration of severe Insulin omission is the factor most closely associated with the microvascular complications of type 1 diabetic females with clinical eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2008; 41(3):259-64. doi: 10.1002/eat.20498.

13. Rydall A. Effects of Eating Disorders in Adolescent Girls and Young Women with Type 1

Diabetes. Diabetes Spectrum. 2002; 15(2):90-4.

14. The DCCT Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med. 1993; 329:977-86. doi: 10.1056/NEJM199309303291401

15. Herpertz S, Wagener R, Albus C, Kocnar M, Wagner R, Best F et al. Diabetes mellitus and eating disorders: A multicenter study on the comorbidity of the two diseases. Journal Psychosomatic Research 1998; 44(3-4), 503-515. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00274-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00274-2)

16. Pinhas-Hamiel O, Hamiel U, Greenfield Y, Boyko V, Graph-Barel C, Rachmiel M et al. Detecting intentional insulin omission for weight loss in girls with type 1 diabetes mellitus. Int J Eat Disord. 2013; 46(8), 819-825. doi:10.1002/eat. 22138

17. Daneman D, Rodin G, Jones J, Colton P, Rydall A, Maharaj S, Olmsted M. Eating Disorders in Adolescent Girls and Young Adult Women with Type 1 diabetes. Diabetes Spectrum 2002; 15(2):83-105. <https://doi.org/10.2337/diaspect.15.2.83>

18. Goebel-Fabri A, Anderson BJ, Fikkan J, Franko DL, Pearson K, Weinger K. Improvement and Emergence of Insulin Restriction in Women With Type 1 Diabetes. Diabetes Care. 2011; 34:545-50. <https://doi.org/10.2337/dc10-1547>

19. Goebel-Fabri A. Disturbed Eating Behaviors and Eating Disorders in Type 1 Diabetes: Clinical Significance and Treatment Recommendations. Curr Diab Rep. 2009. (9): 133-139 <https://doi.org/10.1007/s11892-009-0023-8>

20. Hibert A, Hoek H W, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison. Curr Opin Psychiatry 2017;30(6):423-437. doi: [10.1097/YCO.0000000000000360](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360).

21. Lampert, JG, Waterhous, TS, Graves, LL, Cassidy, J, Herrin, M. GUIDEBOOK for NUTRITION TREATMENT of EATING DISORDERS. Academy for Eating Disorders, 2020.

22. Richards, P. S., Crowton, S., Berrett, M. E., Smith, M. H., & Passmore, K. (2017). Can patients with eating disorders learn to eat intuitively? A 2-year pilot study. Eating Disorders,

25(2), 99-113. DOI: [10.1080/10640266.2017.1279907](https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1279907)

23. McElroy SL, Hudson JI, Mitchell JE, et al. Efficacy and safety of lisdexamfetamine for treatment of adults with moderate to severe binge-eating disorder: a randomized trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(3):235-246. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2162

24. Custal N, Arcelus J, Aguera Z, Bove FI, Wales J, Granero R, et al. Treatment outcome of patients with comorbid type 1 diabetes and eating disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14:140. doi: 10.1186/1471-244X-14-140. [PubMed]

25. Gagnon C, Aimé A, Bélanger C, Markowitz JT. Comorbid diabetes and eating disorders in adult patients: Assessment and considerations for treatment. *Diabetes Educ* 2012;38:537-42. <https://doi.org/10.1177/0145721712446203>

26. Goebel-Fabbri A, Copeland P, Touyz S, Hay P. EDITORIAL: Eating disorders in diabetes: Discussion on issues relevant to type 1 diabetes and an overview of the Journal's special issue. *J Eat Disord*. 2019; (7), 27. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0256-0>

27. De Paoli T, Rogers P. Disordered eating and insulin restriction in type 1 diabetes: A systematic review and testable model. *Eat Disord*. 2018;26(4):343-360. <https://doi.org/10.1080/10640266.2017.1405651>

28. Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, et al. A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2014; (171):109-116.

29. Kass AE, Kolko RP, Wilfley DE. Psychological treatments for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013; (26):549-555.

30. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2017, (30):423-437. DOI:10.1097/YCO.0000000000000360

31. Nice Guideline, No.69. National Guideline Alliance (UK), London: National Institute for Health and Care Excellence (UK);2017 May <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533165/>

32. Wisting L MA, Froisland D H, Skrivarhaug T, Dahl-Jørgensen K, Øyvind R. Disturbed Eating Behavior and Omission of Insulin in Adolescents Receiving Intensified Insulin Treatment. A nationwide population-based study. *Diabetes Care*. 2013 Nov, 36(11):3382-3387.
<https://doi.org/10.2337/dc13-0431>
33. Dean YE, Motawea KR, Aslam M, Pintado JJJ, Popoola-Samuel HAO, Salam M, Dundi POR, Donaldy W, Aledani EM, Alqiqie Z, Sultana N, Mohamed ARH, Elalem A, Syeda STH, Mohamed MS, Assal MW, Attia NM, Hagar H, Abdelaziz HA, Subedi A, Elbahaie A, Hazimeh Y, Aiash H. Association Between Type 1 Diabetes Mellitus and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Endocrinol Diabetes Metab*. 2024 May;7(3):e473. doi: 10.1002/edm2.473. PMID: 38597269; PMCID: PMC11005101.
34. Amsberg S, Anderbro T, Wredling R, Lisspers J, Lins PE, Adamson U, Johansson UB. A Cognitive behavior therapy-based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patients - a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2009; 77:72-80.
[PubMed] [Google Scholar]
35. Marília de Sousa Gonçalves, Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha, Helena Alves de Carvalho Sampaio, Maria Veraci Oliveira Queiroz, Lori Michelle B. Laffel, Thereza Maria Magalhães Moreira RECIMA21: "Tradução e adaptação cultural do *Diabetes Eating Problem Survey-Revised* para o Brasil. *Revista Científica Multidisciplinar* ISSN 2675-6218, 2022. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i5.1430>
36. SR Harris, M Camillo, K Fujioka. Binge-eating disorder and type 2 diabetes: a review. *Endocrine Practice*, vol. 27, issue 2, p 168-184, 2021.
37. Chevinsky, Jonathan & Chao, Ariana. Binge Eating Disorder in Patients with Type 2 Diabetes: Diagnostic and Management Challenges. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*. 13. 1117-1131. 2020 10.2147/DMSO.S213379.
38. Aimé, Annie. Can Patients with Diabetes Detect their own Eating Disorder? The Need for A Better Understanding of Eating Pathology in Diabetes. *Current Research in Diabetes & Obesity Journal*. 3. 10.19080/CRDOJ.2017.03.555608

39. Jeffrey S, Heruc G. Balancing nutrition management and the role of dietitians in eating disorder treatment. *J Eat Disord.* 2020 Nov 17;8(1):64. doi: 10.1186/s40337-020-00344-x. PMID: 33292567; PMCID: PMC7672860.
40. McElroy SL, Hudson JI, Mitchell JE et al. Efficacy and safety of lisdexamfetamine for treatment of adults with moderate to severe binge-eating disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2015 doi: [10.1001/jamapsychiatry.2014.2162](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2162).
Apr;69(4):410-21. doi: 10.1111/ijcp.12639. Epub 2015 Mar 6. PMID: 25752762.
41. Allison KC, Chao AM, Bruzas MB, McCuen-Wurst C, Jones E, McAllister C, Gruber K, Berkowitz RI, Wadden TA, Tronieri JS. A pilot randomized controlled trial of liraglutide 3.0 mg for binge eating disorder.
Obesity Science & Practice. 2023;9(2):127-136.
42. Richards J, Bang N, Ratliff EL, Paszkowiak MA, Khorgami Z, Khalsa SS, Simmons WK. Successful treatment of binge eating disorder with the GLP-1 agonist semaglutide: A retrospective cohort study. *Obes Pillars.* 2023 Jul 20;7:100080. doi: 10.1016/j.obpill.2023.100080. PMID: 37990682; PMCID: PMC10661993.
43. Da Porto A, Casarsa V, Colussi G, Catena C, Cavarape A, Sechi L. Dulaglutide reduces binge episodes in type 2 diabetic patients with binge eating disorder: A pilot study. *Diabetes Metab Syndr.* 2020 Jul-Aug;14(4):289-292. doi: 10.1016/j.dsx.2020.03.009. Epub 2020 Mar 31. PMID: 32289741.
44. Aoun L, Almardini S, Saliba F, Haddadin F, Mourad O, Jdaidani J, Morcos Z, Al Saidi I, Bou Sanayeh E, Saliba S, Almardini M, Zaidan J. GLP-1 receptor agonists: A novel pharmacotherapy for binge eating (Binge eating disorder and bulimia nervosa)? A systematic review. *J Clin Transl Endocrinol.* 2024 Feb 29;35:100333. doi: 10.1016/j.jcte.2024.100333. PMID: 38449772; PMCID: PMC10915596.
45. Costa GPA, Assunção BR, Belfort-DeAguiar R, Nunes JC. Pharmacotherapies for Binge Eating Disorder: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Obes Rev.* 2025 May 8:e13936. doi: 10.1111/obr.13936. Epub ahead of print. PMID: 40344489.

- 46 Ellis, A., Gillespie, K., McCosker, L. *et al.* Meal support intervention for eating disorders: a mixed-methods systematic review. *J Eat Disord* **12**, 47 (2024). <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01002-2>
47. Duan H, Zhu L, Li M, Zhang X, Zhang B, Fang S. Comparative efficacy and acceptability of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants for binge eating disorder: A network meta-analysis. *Front Pharmacol.* 2022 Sep 6;13:949823. doi: 10.3389/fphar.2022.949823. PMID: 36147335; PMCID: PMC9486087
48. Eating Disorders: A Guide to Medical Care - AED (Academy for Eating Disorders) Report 2021 4th Edition
49. Svaldi J, Schmitz F, Baur J, et al. Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for Bulimia Nervosa. *Psychological Medicine.* 49(6):898-910. 2019. doi:10.1017/S0033291718003525
50. Yu S, Zhang Y, Shen C, Shao F. Efficacy of pharmacotherapies for bulimia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pharmacol Toxicol.* 2023 Dec 2;24(1):72. doi: 10.1186/s40360-023-00713-7. PMID: 38042827; PMCID: PMC10693702.
51. McElroy, SL, Casuto LS, Nelson EB, Lake K A, Soutullo C A, Keck, PE & Hudson J I. Placebo-Controlled Trial of Sertraline in the Treatment of Binge Eating Disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1004-1006 <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.6.1004>
52. Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, Folke S, Mathiesen BB, Katznelson H, Fairburn CG. A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry.* 2014 Jan;171(1):109-16. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12121511. PMID: 24275909.
53. Anne M. Doherty, Aoife M. Egan, Seán F. Dinneen, 'Diabulimia', *Diabetes and Eating Disorders, Mental Health, Diabetes and Endocrinology*, 10.1017/9781911623625.005, (31-42), (2021).
54. Dziewa M, Bańka B, Herbet M, Piątkowska-Chmiel I. Eating Disorders and Diabetes: Facing the Dual Challenge. *Nutrients.* 2023 Sep 12;15(18):3955. doi: 10.3390/nu15183955. PMID: 37764739; PMCID: PMC10538145.

55. Marzola E, Nasser JA, Hashim SA, Shih PA, Kaye WH. Nutritional rehabilitation in anorexia nervosa: review of the literature and implications for treatment. *BMC Psychiatry*. 2013 Nov 7;13:290. doi: 10.1186/1471-244X-13-290. PMID: 24200367; PMCID: PMC3829207.

56 Herpertz S, Albus C, Wagener R, Kocnar M, Wagner R, Henning A, Best F, Foerster H, Schulze Schleppinghoff B, Thomas W, Köhle K, Mann K, Senf W. Comorbidity of diabetes and eating disorders. Does diabetes control reflect disturbed eating behavior? *Diabetes Care*. 1998 Jul;21(7):1110-6. doi: 10.2337/diacare.21.7.1110. PMID: 9653604.

Goddard G, Oxlad M. Caring for individuals with Type 1 Diabetes Mellitus who restrict and omit insulin for weight control: Evidence-based guidance for healthcare professionals. *Diabetes Res Clin Pract*. 2022 Mar;185:109783. doi: 10.1016/j.diabres.2022.109783. Epub 2022 Feb 17. PMID: 35183646

SUPLEMENTO 1.



Cite este artigo

Claudia Mauricio Pieper, Marcello Bertoluci, Tarcila Beatriz Ferraz de Campos. *Transtornos Alimentares na Pessoa com Diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes* (2025). DOI: [10.29327/5660187.2025-11](https://doi.org/10.29327/5660187.2025-11), ISBN: 978-65-5941-367-6 .