

## Resumo das recomendações

**Autores:** Claudia Mauricio Pieper e Tarcila Beatriz Ferraz de Campos

**Editor Chefe:** Marcello Bertoluci

**Última revisão em:** 20/04/2023

**DOI:** [10.29327/557753.2022-24](https://doi.org/10.29327/557753.2022-24) | [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*)<sup>1</sup> e no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças).<sup>2</sup> 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).<sup>1-2</sup>

## 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.<sup>3-4</sup> 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.<sup>5</sup>

A prevalência de diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) em meninas adolescentes e jovens adultas com transtornos alimentares atinge cerca de 7% a 11%.<sup>5-7</sup> 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.<sup>8</sup> Adolescentes com DM1 de ambos os sexos apresentam mais sintomas e comportamentos bulímicos, quando comparados a pessoas sem diabetes.<sup>6-7</sup> Índice de massa corporal (IMC) elevado e um mau controle glicêmico têm sido apontados como fatores associados à ocorrência de transtornos alimentares, em especial no DM2.<sup>8-9</sup>

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

As consequências dos transtornos alimentares são severas, podendo levar inclusive ao óbito. No caso do diabetes, os TAs podem ser a causa do mau controle glicêmico e do surgimento precoce de complicações crônicas.<sup>11-13</sup> O *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT)<sup>14</sup> 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.<sup>11</sup> Finalmente, a duração da omissão de insulina está significativamente associada ao aparecimento de retinopatia e nefropatia diabética em jovens com DM1.<sup>11-12</sup>

## 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/m<sup>2</sup>. No DSM-V foi incluída uma classificação de gravidade baseada no IMC (ou percentil do IMC em crianças e adolescentes): leve (> 17 kg/m<sup>2</sup>), moderada (16 kg/m<sup>2</sup> a 16,99 kg/m<sup>2</sup>), grave (15 a 15,99 kg/m<sup>2</sup>) ou extrema (< 15 kg/m<sup>2</sup>).<sup>1</sup>

De acordo com os critérios descritos no DSM-V, no sexo feminino, não é mais necessário para o diagnóstico, a presença de amenorreia.<sup>1</sup> 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.<sup>1</sup>

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.<sup>12-13</sup> 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).<sup>5-7</sup>

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.<sup>1</sup> É também conhecida com o nome de “diabulimia”. Os estudos que avaliaram a prevalência de omissão/restricção da dose de insulina em pessoas com DM1 mostraram índices que variaram de 4,1% a 58%.<sup>15-16</sup> A BN purgativa pode ocorrer também de forma concomitante com a prática de vômitos, uso de laxantes, enemas e/ou diuréticos.<sup>1</sup>

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.<sup>11-13</sup>

## **Transtorno de compulsão alimentar (TCA)**

O TCA foi incluído no DSM-V como categoria própria de transtorno alimentar.<sup>1</sup> 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.<sup>1</sup> É mais comum em pessoas com DM2, sendo que pode estar associado a um quadro de sobrepeso ou obesidade ou mesmo precedê-lo.<sup>8</sup>

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%.<sup>8-9</sup> 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.** Características clínicas dos principais transtornos alimentares e seus critérios diagnósticos.

Condição	Critérios diagnósticos e características clínicas	Características presentes no diabetes mellitus
----------	---	--

Anorexia Nervosa

- Distorção da imagem corporal
  - Medo mórbido de engordar
  - Seleção alimentar
  - Múltiplas dietas para perder peso
  - Perda de >15% do peso ideal com IMC < 17,5 kg/m<sup>2</sup>
  - 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/m<sup>2</sup>; Moderada 16-16,99 kg/m<sup>2</sup> Grave: 15-15,99 kg/m<sup>2</sup> Extrema < 15 kg/m<sup>2</sup>

- 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 hiperqueratinose, osteopenia,
- Osteopenia

Bulimia Nervosa

- 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.

- 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 de Compulsão Alimentar

- 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:
  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 esses episódios ocorram em média, pelo menos uma 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 ou Extrema - 14 ou mais sem a associação com comportamentos compensatórios.
- Mais frequente no diabetes tipo 2.
- Geralmente precede o diagnóstico.
- Episódios de compulsão promovem sobrepeso, obesidade e hiperglicemia.
- Hiperglicemia de difícil controle promovida pela frequência dos episódios de compulsão alimentar.

**Quando suspeitar de 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 2<sup>16-17</sup>

**Quadro 1.** Sinais de alerta para transtornos alimentares em pessoas com DM.

## Sinais de alerta

- Omissão de doses de insulina
- Episódios recorrentes de cetoacidose diabética
- Episódios recorrentes de hipoglicemia
- Níveis sempre elevados de HbA1c
- Atraso no crescimento
- Atraso puberal
- Queixas de menstruação irregular
- Episódios frequentes de infecções urinárias
- Perda de apetite ou comer em excesso buscando perda de peso
- Flutuações no peso
- Perda severa ou ganho rápido de peso sem explicações clínicas
- Início precoce de neuropatia, retinopatia, nefropatia e gastroparesia
- Depressão, ansiedade e outros distúrbios psicológicos.
- Pedidos frequentes para mudar plano alimentar
- Insistência na autoadministração de insulina.
- Abuso de levotiroxina. quando concomitante com hipotireoidismo
- Abuso de metformina

Nota importante 1: Fatores que agravam os transtornos alimentares: Insulinoterapia

- Ganho de peso e insatisfação com o corpo podem estar associados à insulinoterapia 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.

Nota importante 2: Fatores que agravam os transtornos alimentares: Manejo nutricional

- Dietas mais tradicionais para o controle do diabetes baseadas em porções e quantidades restritas de alimentos, assim como dietas mais flexíveis como a contagem de carboidratos, frequentemente são percebidas como uma forma de restrição.<sup>17-18</sup>

Nota importante 3: Fatores que agravam os transtornos alimentares: Automonitoramento

- Necessidade de monitorização constante dos níveis de glicose pode gerar ansiedade e ao mesmo tempo frustração, podendo levar a à diminuição com o autocuidado.

## Tratamento

Quanto mais precocemente o transtorno alimentar for diagnosticado e tratado, melhor o prognóstico. Deve-se determinar, no momento do diagnóstico, se existe risco de vida ou necessidade de hospitalização. O tratamento deve ser feito sempre com equipe multiprofissional capacitada. Além disso, há necessidade de tratamento psicoterápico individual visando trabalhar aspectos da aceitação do diabetes, da autoestima e imagem corporal. É fundamental estabelecer um apoio psicológico da família.<sup>19-20</sup> 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*.<sup>30-31</sup>

Com relação ao uso de medicamentos, a indicação poderia ser necessária na presença de comorbidades como depressão e ansiedade associados ao quadro de transtorno alimentar, sempre levando em conta possíveis efeitos colaterais e contraindicações no diabetes *mellitus*.<sup>30-31</sup>

Com relação ao tratamento farmacológico do Transtorno da Compulsão Alimentar (TCA) o único medicamento atualmente aprovado pela Food and Drug Administration é a lisdexanfetamina. Este medicamento é um dos pilares do tratamento para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), mas como um dos seus efeitos, promove também uma 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. Como a doença cardiovascular e

a hipertensão podem ser comorbidades no DM2, isso limita ainda mais as possíveis opções de tratamento.<sup>36</sup>

## Recomendações

**R1.** É RECOMENDADO identificar possíveis sinais de alerta de transtornos alimentares em todos os adolescentes e jovens com diabetes *mellitus* tipo 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.<sup>5-7</sup>
- Trabalhos avaliados sustentam que transtornos alimentares são prevalentes em adolescentes e jovens adultas com DM1, com implicações clínicas no curto e no longo prazo.<sup>6-7</sup>
- É importante a investigação de transtornos alimentares nesta faixa etária pelos profissionais de saúde que acompanham e participam do tratamento, devendo envolver também os familiares, que precisam estar atentos a mudanças no comportamento de seus filhos em relação ao uso de insulina, monitorização da glicemia e mudança de hábitos alimentares.<sup>5,17,19</sup>
- O transtorno alimentar mais prevalente entre pessoas com diabetes é a omissão da dose de insulina para controle de peso, relatado em 2% das meninas pré-adolescentes<sup>5</sup> e em 11% a 15% das meninas adolescentes.<sup>7</sup>
- Em uma análise populacional envolvendo 770 indivíduos na faixa etária de 11 anos a 19 anos, 31,6% dos participantes relataram restrição de insulina e 6,9% relataram omissão de insulina após comer em excesso.<sup>32</sup>

Nota importante 4: Uso de escores diagnósticos

- Ferramentas específicas como o DEPS-R para o rastreamento de transtornos

alimentares em pessoas com DM1 ainda não têm validação na língua portuguesa.<sup>35</sup>

**R2. É RECOMENDADA** a realização de diagnóstico e tratamento dos transtornos alimentares associados ao diabetes pela equipe de saúde multidisciplinar capacitada, composta por psiquiatra, psicólogo, endocrinologista, diabetologista e nutricionista.

### **Classe I** Nível C

Sumário de evidências:

- Considera-se 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.<sup>24-26</sup>
- A maioria dos estudos e diretrizes recomenda a terapia cognitivo-comportamental como sendo o tratamento de primeira linha para o tratamento dos transtornos alimentares em geral, incluindo a bulimia e a anorexia nervosa. Essas formas de tratamento devem ser realizadas por profissionais especializados com experiência na área de transtornos alimentares<sup>21,28-31</sup>

**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.<sup>11-13, 15-18</sup>
- 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  $15 \pm 2$  anos e a duração do DM1  $7 \pm 4$  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](#)

**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 insulino-terapia.

### 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 compulsão alimentar; 8) aspectos relacionados à purgação, incluindo uso abusivo de laxantes; e 8) 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.

**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.

### Classe I Nível C

Sumário de evidências:

- 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. O surgimento de complicações crônicas também é mais precoce, especialmente a retinopatia, a nefropatia e a neuropatia diabética. [12,15-17, 26](#)

**R6.** Em pessoas com diabetes e transtornos alimentares, É RECOMENDADO orientar um planejamento alimentar e psicoeducação, alertando quanto aos riscos de hipoglicemia e cetoacidose.

### Classe I Nível C

Sumário de evidências:

- O planejamento alimentar é uma ferramenta fundamental no tratamento dos transtornos alimentares em pacientes com diabetes, fornecendo orientação prática para o paciente e seus cuidadores. Planos alimentares eficazes possuem três objetivos: atender às necessidades de energia e nutrientes; proporcionar abordagem organizada para o consumo de alimentos; e dessensibilizar alimentos temidos, excessivos ou purgados. A orientação do plano alimentar para o tratamento é uma intervenção

comportamental indispensável.

- Na anorexia nervosa, a terapia envolve três fases principais: 1) restituição do peso perdido, utilizando-se, quando necessário, suplementos alimentares e reposição vitamínica;<sup>21</sup> 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.<sup>20</sup>

Nota importante 5: Plano alimentar Recomendado<sup>21</sup>

- 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 6: Princípios alimentares intuitivos

- As evidências são limitadas sobre a eficácia do ensino de princípios alimentares intuitivos para pacientes com transtornos alimentares.<sup>22</sup>
- 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.<sup>22</sup>

## Tabela de Recomendações

RECOMENDAÇÃO	CLASSE	NÍVEL
R1. É RECOMENDADO identificar possíveis sinais de alerta de transtornos alimentares em todos os adolescentes e jovens com diabetes mellitus tipo 1 (DM1), em razão da alta prevalência nesta população.	I	B
R2. É RECOMENDADA a realização de diagnóstico e tratamento dos transtornos alimentares associados ao diabetes por uma equipe de saúde multidisciplinar capacitada, 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 5 anos do diagnóstico que apresentem transtornos alimentares associados à omissão ou restrição da insulina com a intenção de perder peso.	I	C
R4. Na abordagem de pessoas com DM1 e transtornos alimentares, É RECOMENDADA a supervisão por familiares, cuidadores e profissionais de saúde, para evitar omissão e manejo inadequado da insulino-terapia.	I	C
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.	I	C
R6. Em pessoas com diabetes e transtornos alimentares É RECOMENDADO orientar um planejamento alimentar alertando quanto aos riscos de hipoglicemia e cetoacidose.	I	C

## Referências

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders -DSM-5. 5<sup>th</sup> ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013. [ Links ]
2. Organização Mundial da Saúde. Classificação dos transtornos mentais e do comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. [ Links ]
3. Rikani AA, Choudhry Z, Chodhry A, Ikram H, Asghar MW, Kajal K, et al. A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Ann Neurosci*. 2013;20(4):157-61 doi: 10.5214/ans.0972.7531.200409.
4. Bulik CM, Blake A, Austin J. Genetics of eating disorders: what the clinician need to know. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(1):59-73. doi: 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):1212-7. doi: 10.2337/dc14-2646.
6. Baechle C, Castillo K, Strabburger K, Sthal-Pehe A, Meissner T, Holl RW, et al. Is disordered eating behavior more prevalence in adolescents with early-onset type 1 diabetes than in their representative peers? *Int J Eat Disord*. 2014;342-52.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;320:1563-6. doi: 10.1136/bmj.320.7249.1.
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. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11892-017-0949-1>.
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.
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;336:1849-54. doi: 10.1056/NEJM199706263362601.
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 wWomen with type 1 diabetes. *Diabetes Spectrum.* 2002;15(2):90-4.
  14. 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):503-15. Available from: [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):819-25. 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. . Available from: <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. Available from: <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):133-9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11892-009-0023-8>.
  20. Hibert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison. *Curr Opin Psychiatry.* 2017;30(6):423-37. doi: 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 ME, Smith MH, Passmore, K. Can patients with eating disorders learn to eat intuitively? A 2-year pilot study. *Eating Disorders.* 2017;25(2): 99-113. doi: 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):235-46. 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.
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. Available from: <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. Available from: <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. *J Eat Disord*. 2018;26(4):343-360. Available from: <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):109-16.
29. Kass AE, Kolko RP, Wilfley DE. Psychological treatments for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2013;(26):549-55.
30. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-based clinical guidelines for eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;(30):423-37. doi: 10.1097/YCO.0000000000000360.
31. National Institute for Health and Care Excellence. Nice Guideline 69. National Guideline Alliance London (UK). 2017 May. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533165/>.
32. Wisting L MA, Froisland D H, Skriverhaug 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):3382-7. Available from: <https://doi.org/10.2337/dc13-0431>.
33. 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.
34. Markowitz SM, Carper MM, Gonzalez JS, Delahanty LM, Safren SA. Cognitive-

behavioral therapy for the treatment of depression and adherence in patients with type 1: pilot data and feasibility. Prim Care Companion CNS Disord.2012;14:pii: PCC.11m01220.

35. Markowitz JT, Butler DA, Volkening LK, Antisdel JE, Anderson BJ, Laffel LMB. Brief screening tool for disordered eating in diabetes: internal consistency and external validity in a contemporary sample of pediatric patients with type 1 diabetes. Diabetes Care. 2010 Mar;33(3):495-500. Available from: <https://doi.org/10.2337/dc09-1890>. Epub 2009 Dec 23.
  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.
- 

#### Cite este artigo

Pieper C, Campos T, Bertoluci M. Transtornos alimentares na pessoa com diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: [10.29327/557753.2022-24](https://doi.org/10.29327/557753.2022-24), ISBN: 978-85-5722-906-8.