



SÍNTESES
Centro de Psicologia
Baseada em Evidências



E-BOOK

5

**mudanças no
comportamento
alimentar e na
imagem corporal que
já estão chegando
ao consultório**

Sumário

Cada capítulo parte de um fenômeno clínico específico e trata da distância entre o comportamento que se observa primeiro e a formulação que a avaliação exige.

CAP 1	Canetas emagrecedoras: quando redução de apetite, emagrecimento e psicopatologia alimentar começam a se misturar?	3
CAP 2	TARE e neurodivergência: para além da seletividade alimentar	14
CAP 3	Anorexia sem baixo peso: gravidade, história ponderal e viés na avaliação clínica	25
CAP 4	Redes sociais, comparação corporal e alimentação: conteúdo, engajamento e vulnerabilidade	38
CAP 5	Comer bem, treinar muito ou querer ganhar músculo não são diagnósticos: o que realmente merece atenção clínica?	56





Canetas emagrecedoras: quando redução de apetite, emagrecimento e psicopatologia alimentar começam a se misturar?

Uma pessoa chega à sessão algumas semanas depois de iniciar uma medicação para perda de peso. Conta que sente muito menos fome, pensa menos em comida e, às vezes, percebe no fim do dia que praticamente não comeu. Está satisfeita com a perda de peso e gostaria que ela continuasse. Ao mesmo tempo, tem uma longa história de dietas, medo de engordar novamente e preocupação intensa com o próprio corpo.

Nada disso, isoladamente, permite concluir que exista um transtorno alimentar.

Mas também não parece uma informação irrelevante.

O que mudou na relação dessa pessoa com comida, peso e corpo?

Para o psicólogo, talvez a pergunta mais útil não seja se a medicação é “boa” ou “ruim”. A pergunta é outra: **o que mudou na relação dessa pessoa com a comida, com o peso e com o próprio corpo desde que o tratamento começou?**

É aí que as chamadas canetas emagrecedoras começam a entrar no consultório.

Por que esse assunto chegou à psicoterapia?

Medicamentos como semaglutida e liraglutida, que atuam em receptores de GLP-1, e a tirzepatida, que atua nos sistemas GIP e GLP-1, passaram a ser usados amplamente no tratamento do diabetes tipo 2 e da obesidade. Entre seus efeitos estão redução da fome, aumento da saciedade e mudanças no controle da ingestão e no interesse por determinados alimentos (Jebeile et al., 2026).

Essas mudanças não são efeitos colaterais acidentais. Elas fazem parte da forma como esses medicamentos atuam.

O ponto interessante para a Psicologia aparece justamente aqui. Fome, saciedade, desejo por alimentos, episódios de compulsão, perda de controle e restrição também fazem parte da avaliação do comportamento alimentar. Quando uma intervenção altera vários desses processos ao mesmo tempo, é razoável perguntar o que acontece com eles.

E a resposta atual da literatura é menos simples do que “melhora” ou “piora”.

O que acontece com a compulsão, a perda de controle e o comer emocional?

Até pouco tempo, essa pergunta era respondida principalmente por estudos pequenos e dados observacionais. Isso começou a mudar.

Em 2026, Emptage et al. publicaram uma revisão sistemática com metanálise de 25 ensaios clínicos randomizados, reunindo 8.069 participantes. Todos os estudos incluíam pessoas com sobrepeso ou obesidade e avaliavam algum aspecto do comer compulsivo ou de comportamentos relacionados.

Nos nove estudos que avaliaram diretamente a compulsão alimentar, envolvendo 2.106 participantes, quem recebeu agonistas de GLP-1 apresentou uma redução pequena na gravidade dos sintomas em comparação aos grupos controle ($g = -0,23$). Também foram observadas reduções na alimentação desinibida, na perda de controle e no comer emocional (Emptage et al., 2026).

O QUE OS ESTUDOS ENCONTRARAM



Compulsão alimentar



Perda de controle



Comer emocional



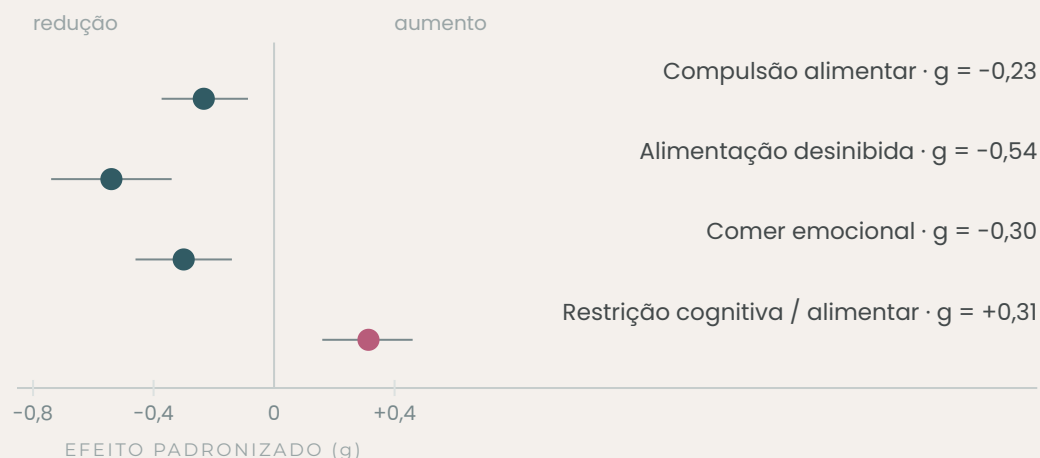
Restrição cognitiva / alimentar

Os resultados médios não dizem se a mudança foi clinicamente significativa para cada pessoa.

Base: Emptage et al. (2026).

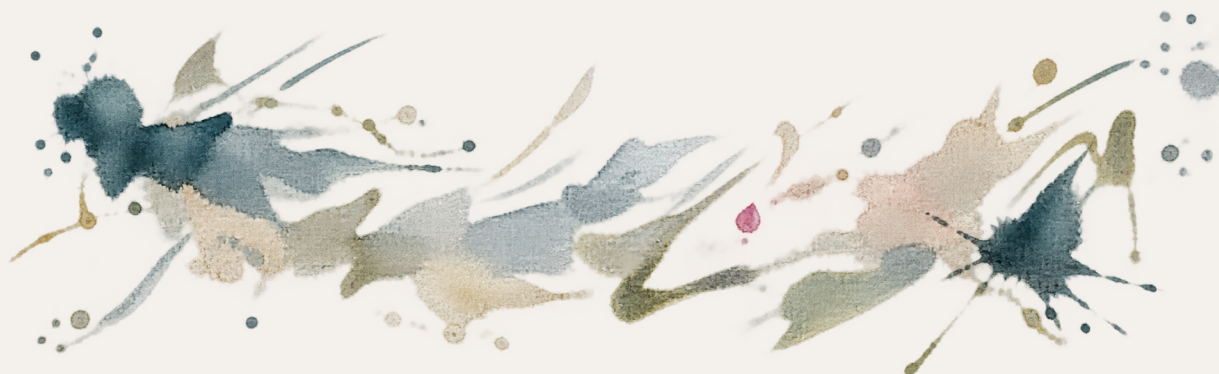
FIGURA 1

Tamanhos de efeito padronizados (g) por desfecho, a partir da metanálise de Emptage et al. (2026). Valores negativos indicam redução em relação aos controles.



As linhas finas representam os intervalos de confiança. A perda de controle não aparece nesta escala porque foi calculada como diferença média em uma escala harmonizada de 0 a 100, não diretamente comparável aos valores de g .

Isso é um achado importante. Mas precisa ser colocado no tamanho certo.



A maior parte dessas pessoas **não estava em tratamento para um transtorno de compulsão alimentar diagnosticado**. Muitas participavam de ensaios sobre obesidade ou diabetes nos quais o comportamento alimentar aparecia como um dos vários desfechos avaliados. Além disso, nenhum dos 25 ensaios foi classificado como de baixo risco de viés: 12 apresentaram alto risco e os demais levantaram alguma preocupação metodológica (Emptage et al., 2026).

Uma revisão rápida publicada por Jebeile et al. (2026) chegou a uma conclusão parecida. Entre 25 estudos, comportamentos como desejo intenso por alimentos, comer emocional e compulsão geralmente melhoraram ou permaneceram estáveis durante o tratamento. Ao mesmo tempo, os estudos utilizaram instrumentos diferentes, muitos avaliaram esses desfechos de forma secundária e os dados sobre transtornos alimentares propriamente ditos eram escassos.

Há ainda outro resultado que merece atenção. Na metanálise de Emptage et al. (2026), houve **aumento de restrição cognitiva ou alimentar** em comparação aos controles ($g = 0,31$). O próprio estudo não permite saber se isso representa um controle alimentar flexível e funcional ou uma forma rígida e potencialmente problemática de restrição.

Esse detalhe é especialmente importante para a prática clínica. Uma redução de compulsões e um aumento de restrição não contam, sozinhos, a história inteira sobre a relação de uma pessoa com a alimentação.

Reduzir compulsão não é o mesmo que tratar o transtorno de compulsão alimentar

Quando os estudos que incluíram pessoas com transtorno de compulsão alimentar ou que tinham a compulsão como alvo específico foram analisados separadamente, os efeitos pareceram maiores. Só que esse subconjunto reunia apenas três estudos e 129 participantes. Além disso, todos esses ensaios apresentavam alto risco de viés, e a análise estatística não demonstrou de forma convincente que o efeito fosse realmente diferente daquele observado nos demais estudos (Emptage et al., 2026).

Por isso, a formulação mais correta hoje é:

Há evidência de que medicamentos dessa classe podem reduzir sintomas relacionados à compulsão alimentar em algumas populações. Ainda não há evidência suficiente para tratá-los como um tratamento estabelecido para o transtorno de compulsão alimentar.

Revisões clínicas anteriores já apontavam nessa direção. Os primeiros estudos com liraglutida, semaglutida e dulaglutida eram promissores, mas pequenos e metodologicamente limitados (Bartel et al., 2024; Schaefer et al., 2026).

E quando já existe um transtorno alimentar?

Aqui a evidência fica ainda mais desigual.

Para o **transtorno de compulsão alimentar**, existem sinais iniciais de benefício sobre compulsão e perda de controle, mas ainda faltam ensaios maiores, com diagnóstico bem estabelecido, acompanhamento prolongado e comparação com tratamentos já sustentados por evidências (Emptage et al., 2026).

Para **bulimia nervosa**, os artigos disponíveis não oferecem evidência suficiente para concluir que esses medicamentos sejam eficazes ou seguros como tratamento do transtorno. O mesmo vale para **anorexia nervosa, anorexia nervosa atípica e outros quadros predominantemente restritivos**. Discussões sobre possíveis riscos existem, mas isso é diferente de demonstrar empiricamente que agonistas de GLP-1 causam anorexia ou outros transtornos alimentares (Bartel et al., 2024; Schaefer et al., 2026).

Um estudo recente ajuda a entender por que essa discussão merece atenção sem justificar conclusões precipitadas.



TCAP

Algum dado direto, mas ainda limitado.



BN

Evidência direta muito escassa.



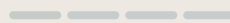
AN / AAN

Praticamente sem evidência de eficácia ou segurança específica.



TARE

Praticamente sem dados de efeito terapêutico.



Peiper et al. (2026) estudaram 436 pessoas com transtornos alimentares nos Estados Unidos. Nessa amostra, 32,1% relataram já ter utilizado agonistas de GLP-1, 22% estavam utilizando no momento da pesquisa e 10,1% preencheram a definição adotada pelos pesquisadores para uso inadequado. O estudo incluiu pessoas com anorexia nervosa, anorexia atípica, bulimia, transtorno de compulsão alimentar, TARE e outros diagnósticos.

Esses números não devem ser lidos como prevalências da população com transtornos alimentares. A amostra foi recrutada de forma não probabilística, predominantemente composta por mulheres e pessoas brancas, e todas as informações foram autorrelatadas. Além disso, “uso inadequado” incluía diferentes comportamentos, como alterar doses, prolongar o uso ou compartilhar o medicamento. O desenho transversal também não permite saber o que veio primeiro ou por que cada pessoa utilizava a medicação (Peiper et al., 2026).

Um cuidado com o peso do paciente

Existe outro erro possível: procurar risco apenas em pessoas com baixo peso. Restrição importante, perda acelerada de peso e medo intenso de recuperá-lo podem aparecer em pessoas cujo peso permanece dentro ou acima da faixa considerada normal. É o que descreve a anorexia nervosa atípica, apresentação em que características centrais da anorexia coexistem com um peso que não seria classificado como baixo (Walsh et al., 2023).

Isso importa aqui por uma razão prática. Se um paciente em uso dessas medicações apresenta restrição, perda acelerada de peso ou psicopatologia alimentar, um peso ainda elevado não deveria encerrar a investigação. O Capítulo 3 desenvolve esse ponto com a literatura específica sobre trajetória ponderal, risco médico e reconhecimento clínico.

Nada disso é evidência de que uma medicação para obesidade provoque anorexia atípica. É apenas um lembrete de onde a investigação não deveria parar.

Portanto, esse estudo mostra que **o uso e determinadas formas de uso inadequado existem entre pessoas com transtornos alimentares**. Ele não demonstra que a medicação tenha causado esses transtornos.

O mesmo comportamento pode significar coisas diferentes

Aqui está talvez o ponto clínico mais importante deste capítulo.

Uma pessoa pode estar comendo menos porque sente saciedade mais cedo. Isso pode ser um efeito esperado do medicamento.

Outra pode estar deixando de comer mesmo quando percebe necessidade física porque ganhou medo de interromper a perda de peso.

Uma terceira pode ter as duas coisas acontecendo ao mesmo tempo.

Da mesma forma, pensar menos em comida pode representar alívio para alguém que vivia episódios frequentes de perda de controle. Para outra pessoa, a redução da fome pode facilitar um padrão de restrição que já existia antes.

Por isso, descrever *o que* a pessoa faz com a comida deixa em aberto **para que aquilo serve na vida dela**.

O MESMO COMPORTAMENTO, FUNÇÕES DIFERENTES

O QUE APARECE

“Estou comendo menos”

“Não penso mais em comida”

“Tenho mais controle”

“Tenho medo de recuperar peso”

PODE ESTAR ACONTECENDO

Saciedade precoce / restrição intencional / ambos

Menos craving / redução de compulsão /
baixa ingestão

Organização alimentar / rigidez crescente

Preocupação esperada / psicopatologia alimentar
a investigar

“Come menos”, “não sente fome”, “perdeu peso”, “não tem mais vontade de comer determinados alimentos” e “está controlando melhor a alimentação” descrevem o que aconteceu. Não explicam a função daquele comportamento, o contexto em que ele ocorre nem o significado que ganhou para aquela pessoa.

A avaliação de transtornos alimentares já exige investigar história de peso, restrição, compulsão, comportamentos compensatórios, uso de medicamentos para modificar o peso, preocupação com forma corporal e prejuízo psicossocial (Crone et al., 2023). A presença de uma medicação que modifica o apetite acrescenta uma nova variável a essa avaliação, não substitui as demais.

O que a ciência ainda não consegue responder

Ainda temos pouca ou nenhuma evidência adequada sobre:

- desfechos dessas medicações em pessoas com anorexia nervosa ou anorexia atípica atual ou prévia;
- efeitos específicos em bulimia nervosa e TARE;
- efeitos de longo prazo sobre imagem corporal e medo de recuperar peso;
- quais pessoas com transtorno de compulsão alimentar realmente poderiam se beneficiar e quais características predizem resposta;
- efeitos em populações ainda pouco representadas nos estudos, incluindo maior diversidade racial, de gênero, etária e socioeconômica.
- risco de recaída em pessoas recuperadas de transtornos alimentares;
- o que acontece com compulsão, restrição e outros comportamentos alimentares depois da suspensão da medicação;
- como diferenciar, nos instrumentos atuais, redução farmacológica do apetite de restrição psicopatológica;
- frequência, motivações e consequências do uso inadequado em amostras representativas;

Essas lacunas aparecem de forma consistente nas revisões mais recentes (Emptage et al., 2026; Jebeile et al., 2026; Schaefer et al., 2026).

O que muda na escuta do psicólogo?

Não é necessário transformar a sessão em uma consulta sobre farmacologia. Também não cabe ao psicólogo decidir sozinho sobre indicação, dose ou suspensão da medicação.

O que muda é a necessidade de entender melhor o comportamento alimentar **antes e depois** do início do tratamento.

Algumas perguntas podem ajudar:

- 01 Como era sua relação com comida, peso e corpo antes de começar a medicação?
- 02 Já houve períodos de dietas muito restritivas, compulsão, perda de controle, vômitos, jejuns ou exercício voltado a compensar o que foi comido?
- 03 O que mudou na fome, saciedade, vontade de comer e pensamentos sobre comida?
- 04 Quando você deixa de comer, isso acontece porque não percebe fome ou porque prefere evitar comer mesmo quando percebe que precisa?
- 05 Como você se sente quando o peso não diminui na velocidade esperada?
- 06 Quanto medo existe hoje da possibilidade de recuperar peso?
- 07 Surgiram novas regras alimentares, alimentos proibidos ou tentativas de reduzir cada vez mais a quantidade ingerida?
- 08 A frequência de pesagem, checagem corporal ou comparação com outras pessoas mudou?
- 09 A forma como você avalia seu próprio corpo mudou com a perda de peso?
- 10 O que você imagina que aconteceria se precisasse reduzir ou interromper a medicação?

Isso **não é um instrumento diagnóstico validado**. É apenas um roteiro de investigação clínica derivado dos problemas levantados pela literatura. Quando houver sinais de transtorno alimentar, deterioração clínica ou risco médico, avaliação adequada e articulação com profissionais de Medicina e Nutrição tornam-se particularmente importantes (Crone et al., 2023; Schaefer et al., 2026).



Cuidado para não concluir que...

A EVIDÊNCIA PERMITE DIZER

Agonistas de GLP-1 podem reduzir alguns comportamentos relacionados à compulsão em pessoas com sobrepeso ou obesidade.

Alguns estudos encontraram redução de desejo por alimentos, comer emocional e perda de controle.

A restrição cognitiva ou alimentar aumentou, em média, em ensaios incluídos em uma metanálise recente.

Pessoas com transtornos alimentares estão utilizando essas medicações, inclusive com relatos de uso inadequado.

Restrição e perda significativa de peso podem ocorrer sem que a pessoa esteja abaixo do peso.

Há lacunas importantes sobre efeitos em AN, AAN, BN, TARE e após a suspensão do medicamento.

A EVIDÊNCIA AINDA NÃO PERMITE DIZER

Agonistas de GLP-1 são um tratamento estabelecido para transtorno de compulsão alimentar.

Esses efeitos ocorrem da mesma forma em todos os transtornos alimentares.

Esse aumento representa necessariamente uma restrição patológica.

As medicações causam transtornos alimentares.

Perda de peso durante o uso de GLP-1 indica, por si só, anorexia atípica.

A ausência de evidência de dano significa que o uso é comprovadamente seguro nesses grupos.

Para levar deste capítulo

1 A evidência atual aponta para redução de alguns sintomas relacionados à compulsão e à perda de controle, mas ainda há distância entre esse achado e considerar essas medicações tratamentos estabelecidos para transtornos alimentares.

3 O oposto também vale: uma pessoa não precisa estar com baixo peso para que restrição, medo de ganho de peso ou perda acelerada mereçam investigação.

2 Redução da fome, menor ingestão e maior controle alimentar não são, por si só, sinais de psicopatologia. O contexto e a função desses comportamentos importam.

4 Para o psicólogo, a principal mudança não está em indicar ou contraindicar medicamentos. Está em incorporar seu uso à avaliação do comportamento alimentar e da imagem corporal.

Referências

- Bartel, S., McElroy, S. L., Levanjie, D., & Keshen, A. (2024). Use of glucagon-like peptide-1 receptor agonists in eating disorder populations. *International Journal of Eating Disorders*, 57(2), 286–293. <https://doi.org/10.1002/eat.24109>
- Crone, C., Fochtmann, L. J., Attia, E., Boland, R., Escobar, J., Fornari, V., Golden, N., Guarda, A., Jackson-Triche, M., Manzo, L., Mascolo, M., Pierce, K., Riddle, M., Seritan, A., Uniacke, B., & Zucker, N. (2023). The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), 167–171. <https://doi.org/10.1176/appi.gjp.23180001>
- Emptage, I., Kozmér, S., Cobham-Wilson, A., Sousa, B., Sugden, K., Wheeler, L., Llewellyn, C., Makaronidis, J., Bulik, C., Solmi, F., & Costantini, I. (2026). The effectiveness of glucagon-like peptide-1 receptor agonists (GLP-1RAs) on binge eating in patients with obesity: A systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 98, 104007. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2026.104007>
- Jebeile, H., Danielsen, Y. S., Sumithran, P., Lorien, S., Jardine, I. R., Baur, L. A., & Lister, N. B. (2026). GLP-1 receptor agonist medications for obesity and type 2 diabetes treatment: A rapid review of changes in eating behaviors and eating disorder risk. *Obesity Reviews*, 27, e70049. <https://doi.org/10.1111/obr.70049>
- Peiper, N. C., Zibbell, J. E., LaJoie, A. S., Wahlang, B., Krishnasamy, S. S., & Levinson, C. A. (2026). Use and misuse of GLP-1 receptor agonists among people with eating disorders. *JAMA Psychiatry*, 83(8), 880–882. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2026.1716>
- Schaefer, L. M., Kerver, G. A., Allison, K. C., Kohoutek, B., & Steffen, K. J. (2026). Use (and potential for abuse) of glucagon-like peptide-1 medications among individuals with eating disorders: Empirical review and clinical guidance. *Psychiatric Clinics of North America*, 49(1), 183–202. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2025.08.013>
- Walsh, B. T., Hagan, K. E., & Lockwood, C. (2023). A systematic review comparing atypical anorexia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 56(4), 798–820. <https://doi.org/10.1002/eat.23856>



TARE e neurodivergência: para além da seletividade alimentar



Comer pouco e comer poucos alimentos descrevem o mesmo comportamento por razões diferentes.

Uma pessoa de 31 anos conta que sempre foi “muito seletiva para comer”. É autista, prefere algumas marcas específicas, evita alimentos misturados e costuma pesquisar o cardápio antes de aceitar um convite para jantar. Em viagens, leva alimentos conhecidos porque não sabe se encontrará algo que consiga comer.

Durante muito tempo, isso pareceu apenas uma característica pessoal. Nos últimos anos, porém, a alimentação começou a limitar viagens, encontros com amigos e situações de trabalho. Em dias mais difíceis, a variedade diminui ainda mais.

Outra pessoa pode também comer poucos alimentos e apresentar uma história completamente diferente. Talvez não se incomode com texturas ou sabores, mas quase nunca percebe fome. Pode esquecer refeições ou sentir saciedade depois de poucas garfadas. Uma terceira pode ter um repertório amplo, mas começar a restringi-lo depois de um episódio de engasgo.

O comportamento observável parece parecido: comer pouco ou comer poucos alimentos.

O mecanismo pode não ser.

Comer poucos alimentos não é sinônimo de TARE

Seletividade alimentar descreve, de maneira ampla, padrões como repertório reduzido, resistência a experimentar alimentos novos e preferência rígida por determinadas características ou formas de preparo. Isso pode existir sem configurar um transtorno.

Em um estudo com adultos recrutados pela internet, Zickgraf et al. (2016) encontraram diferenças claras entre pessoas que se descreviam como seletivas e aquelas que, além da seletividade, relatavam consequências compatíveis com TARE. O segundo grupo apresentava maior neofobia alimentar, mais rigidez e maior comprometimento relacionado à alimentação. O estudo, porém, utilizou autorrelato e um instrumento criado pelos próprios pesquisadores para identificar sintomas de TARE. Portanto, ele ajuda a compreender um contínuo de gravidade, mas não permite tratar todos os participantes como casos diagnosticados clinicamente.

No Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo, TARE, conhecido em inglês como ARFID, a restrição ou evitação está associada a consequências clinicamente relevantes, como ingestão nutricional insuficiente, perda de peso ou dificuldade de atingir necessidades esperadas, dependência de suplementação ou prejuízo psicossocial importante. A restrição também não é explicada principalmente por preocupação com peso ou forma corporal, como ocorre em outros transtornos alimentares (MacDonald et al., 2024).

Isso muda bastante a pergunta clínica. A quantidade de alimentos aceitos é uma informação, não um diagnóstico.

Uma pessoa pode ter um repertório pequeno e organizar a vida de forma satisfatória ao redor dele. Outra pode manter peso corporal aparentemente estável, mas apresentar deficiência nutricional, sofrimento ou uma vida cada vez mais limitada pela alimentação.

A evidência sobre complicações físicas é muito mais desenvolvida em populações jovens do que em adultos. Em uma revisão sistemática de 132 estudos com crianças e jovens de até 25 anos, James et al. (2024) encontraram deficiências nutricionais e outras complicações em diferentes faixas de peso, inclusive entre pessoas que não estavam abaixo do peso. A faixa etária da revisão impede extrapolar silenciosamente esses resultados para adultos mais velhos, mas o achado basta para o argumento deste capítulo: peso normal não descarta consequência nutricional.

O mesmo comportamento pode ter funções diferentes

A literatura costuma organizar o TARE em três apresentações ou mecanismos principais. Eles ajudam a compreender a restrição, mas não devem ser tratados como três caixas diagnósticas separadas.



Sensibilidade sensorial. A pessoa pode evitar alimentos por textura, sabor, cheiro, aparência, temperatura ou consistência. Misturar dois alimentos tolerados individualmente, mudar uma marca ou modificar a forma de preparo pode ser suficiente para tornar aquele alimento difícil de consumir.

Baixo interesse por comida ou alimentação. Aqui o problema não precisa envolver aversão. Algumas pessoas descrevem pouca fome, saciedade precoce, baixo interesse pela experiência de comer ou dificuldade de perceber sinais corporais que normalmente favoreceriam o início de uma refeição.

Medo de consequências aversivas. A restrição pode funcionar como uma tentativa de evitar algo que a pessoa teme que aconteça ao comer, como engasgar, vomitar, sentir dor ou apresentar sintomas gastrointestinais.

Esses mecanismos podem coexistir. Em uma amostra clínica de 42 pacientes com diagnóstico de TARE, com média de 26 anos, 61,9% apresentavam dois ou mais mecanismos. Sensibilidade sensorial apareceu em 57,1%, baixo interesse ou apetite em 47,6% e medo de consequências aversivas em 69% (MacDonald et al., 2024). Como se trata de uma pequena amostra de um serviço terciário, esses percentuais não representam a população adulta com TARE. O resultado é mais útil para outra conclusão: **na clínica, sobreposição parece ser comum.**



Também há indícios de que processos diferentes estejam envolvidos em cada apresentação. Em 491 adultos, Kramer et al. (2026) encontraram associações entre sensibilidade sensorial, repulsa alimentar e sintomas relacionados à seletividade e ao medo de consequências aversivas. O mesmo padrão não apareceu para baixo interesse em comer. O estudo foi transversal, portanto não demonstra que a sensibilidade ou a repulsa causem TARE, mas ajuda a explicar por que duas pessoas que restringem a alimentação podem precisar de formulações clínicas diferentes.

Neurodivergência não resolve a pergunta diagnóstica

Dificuldades alimentares são frequentes entre adultos autistas. Isso não significa que seletividade alimentar e TARE sejam a mesma coisa.

Breiner et al. (2025) avaliaram 248 adultos autistas e encontraram escores maiores nas três dimensões do NIAS quando comparados a uma amostra geral: seletividade alimentar, baixo apetite e evitação motivada por medo. As diferenças foram de magnitude pequena a moderada. O estudo avaliou **sintomas**, não estabeleceu diagnóstico de TARE nos participantes, e os diagnósticos prévios de autismo foram autorrelatados. Ainda assim, o resultado mostra algo interessante: a relação entre autismo e alimentação não parece se restringir à sensibilidade a textura ou sabor.

Um estudo com 961 adultos também encontrou mais dificuldades alimentares entre participantes autistas, com ou sem TDAH, do que entre os demais grupos. Adultos com TDAH sem autismo também relataram mais dificuldades do que o grupo de comparação. Insistência em mesmice e sensibilidade sensorial apareceram associadas à seletividade, enquanto outras características do autismo e do TDAH se relacionaram a diferentes dificuldades alimentares (Bayoumi et al., 2025). Mais uma vez, o estudo não diagnosticou TARE. Ele avaliou comportamento alimentar e seletividade por autorrelato.

Essa diferença é importante porque existem dois erros possíveis.

O primeiro é patologizar qualquer seletividade de uma pessoa autista.

O segundo é fazer o oposto e concluir que uma restrição clinicamente prejudicial “é só do autismo”.

Breiner et al. (2025) discutem esse segundo fenômeno como *diagnostic overshadowing*: uma dificuldade é atribuída automaticamente a uma condição já conhecida e deixa de ser investigada por seus próprios efeitos. Uma pessoa autista pode precisar de previsibilidade alimentar sem ter TARE. Também pode apresentar restrição suficientemente grave para justificar avaliação de um transtorno alimentar. Uma coisa não exclui a outra.

Uma pergunta mais útil do que “é seletividade ou TARE?”

Na avaliação, pode ser mais produtivo começar por perguntas como:

- O que leva essa pessoa a evitar ou restringir alimentos?
- O repertório está estável ou vem diminuindo?
- Existem características sensoriais difíceis de tolerar?
- A ingestão parece suficiente para suas necessidades?
- A alimentação limita trabalho, relacionamentos, viagens ou situações sociais?
- Preocupações com peso e forma corporal participam da restrição?
- A dificuldade envolve variedade, quantidade ou ambas?
- Como ela percebe fome e saciedade?
- Há medo de engasgar, vomitar, sentir dor ou apresentar alguma reação?
- Existem consequências nutricionais ou médicas?
- Existe sofrimento ou necessidade crescente de organizar a vida em torno da alimentação?
- Outra condição médica ou psicológica explica melhor o comportamento?

Essas perguntas não constituem um instrumento diagnóstico. São caminhos para entender mecanismo, impacto e diagnóstico diferencial.

Rastreamento também não é diagnóstico. O NIAS é um questionário breve que avalia sintomas associados às três apresentações de TARE. Já o PARDI é uma entrevista estruturada que permite uma avaliação diagnóstica mais abrangente e também caracteriza a intensidade das apresentações. O PARDI-AR-Q, apesar do nome semelhante, é uma versão em questionário e não equivale à entrevista diagnóstica.

Essa distinção faz diferença. Em uma amostra clínica com participantes entre 10 e 76 anos, o uso isolado das subescalas do NIAS classificou erroneamente 51% das pessoas com outros transtornos alimentares como possíveis casos de TARE. A combinação com uma medida de psicopatologia alimentar relacionada a peso e forma corporal melhorou a classificação (Burton Murray et al., 2021). Como a amostra misturava diferentes idades, esse percentual não deve ser tratado como estimativa específica para adultos. O resultado serve melhor para mostrar por que um escore positivo precisa abrir uma avaliação, não encerrá-la.



O que sabemos sobre manejo em adultos?

A CBT-AR é uma terapia cognitivo-comportamental desenvolvida especificamente para TARE. O tratamento é modular, e a escolha das estratégias depende dos mecanismos envolvidos. Entre seus componentes estão regularização da alimentação, aumento de volume quando necessário, ampliação gradual da variedade e exposições direcionadas aos processos que mantêm a restrição. Para sensibilidade sensorial, podem ser realizados contatos repetidos com alimentos e propriedades sensoriais novas. Para medo de consequências aversivas, utiliza-se uma hierarquia de medo e redução gradual da evitação. Para baixo interesse, o modelo inclui regularidade alimentar e exposições interoceptivas, entre outras estratégias (Thomas et al., 2021).

A evidência adulta ficou mais interessante nos últimos anos, mas ainda exige cautela.

No primeiro estudo prospectivo de CBT-AR especificamente com adultos, 15 pessoas iniciaram o tratamento e 14 o concluíram. Houve redução de sintomas, inclusão média de 18 novos alimentos e, ao final, 47% já não preenchiam critérios para TARE. Era um estudo aberto, sem grupo controle e com uma amostra muito pequena. Os resultados demonstraram viabilidade e forneceram uma prova de conceito, não eficácia estabelecida (Thomas et al., 2021).

Em 2026, Kambanis et al. acompanharam 549 adultos tratados virtualmente com CBT-AR em condições naturalísticas. Houve redução nas três dimensões avaliadas, sensibilidade sensorial, medo e baixo interesse, e pacientes que necessitavam de restauração ponderal ganharam em média 0,15 kg por semana. O tamanho da amostra é um avanço importante, mas o estudo não foi randomizado, não possuía grupo controle e apresentou perda relevante de dados ao longo do tratamento. Portanto, não permite separar completamente os efeitos específicos da CBT-AR de outros componentes do cuidado, passagem do tempo ou características de quem permaneceu em acompanhamento.



A revisão sistemática mais recente reuniu 40 estudos de psicoterapias para TARE e incluiu 17 na metanálise. Em média, houve melhora de psicopatologia de TARE, peso, ansiedade e depressão. A limitação é grande: adolescentes e adultos foram analisados conjuntamente e a literatura permanece fortemente apoiada em estudos pré e pós, relatos e séries de casos, com poucos desenhos controlados (Winten et al., 2026).

Assim, a formulação mais adequada hoje é simples: há resultados promissores para intervenções psicológicas específicas para TARE, inclusive em adultos, mas a base experimental adulta ainda é pequena.

UM CAMINHO DE AVALIAÇÃO

Comportamento observado



O que mantém a restrição?



Quais consequências ela produz?



Há outras explicações possíveis?



Hipótese clínica + avaliação diagnóstica



O que a ciência ainda não consegue responder

Ainda temos pouca evidência sobre a prevalência real de TARE em adultos quando o diagnóstico é estabelecido por entrevista; a estabilidade dos ganhos após o término da psicoterapia; resultados em adultos mais velhos; quais adaptações são realmente necessárias para adultos autistas ou com TDAH; como diferentes mecanismos respondem comparativamente ao tratamento; e qual é a melhor estratégia para pessoas que apresentam vários mecanismos ao mesmo tempo. Também faltam ensaios randomizados especificamente adultos e amostras mais diversas em termos culturais, raciais, socioeconômicos e de gênero (Breiner et al., 2025; Kambanis et al., 2026; Winten et al., 2026).

O comportamento pode ser o mesmo. O mecanismo, não.

COMPORTAMENTO OBSERVÁVEL

"Come pouco."

"Come pouco."

"Come pouco."

"Evita restaurantes."

O QUE PODE ESTAR ACONTECENDO

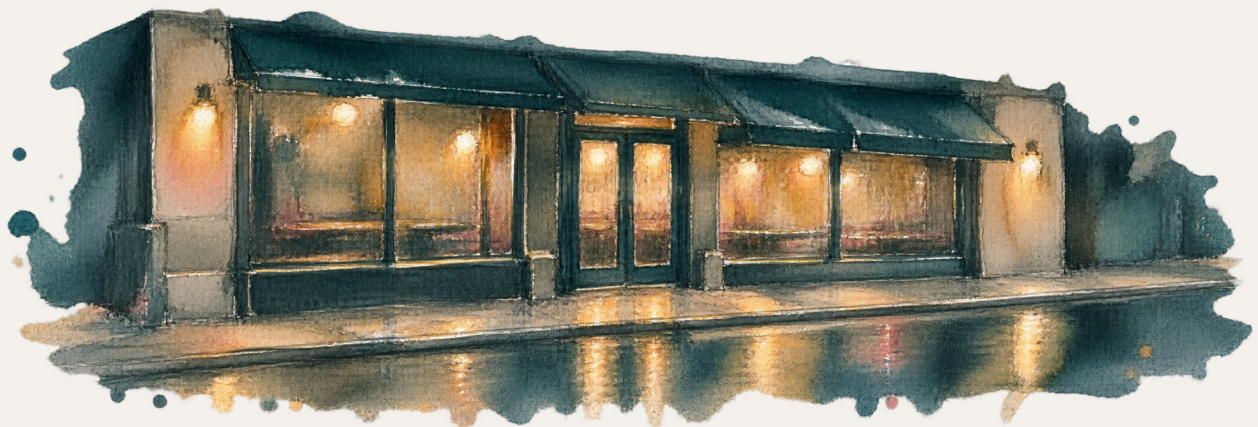
"Quase nunca percebo fome."

"Muitas texturas são difíceis de tolerar."

"Tenho medo de engasgar."

Previsibilidade sensorial, medo, repertório limitado, rigidez ou uma combinação desses fatores.

O comportamento observado é o começo da investigação. Não é a explicação.



Cuidado para não concluir que...

PODEMOS DIZER

Adultos autistas apresentaram mais sintomas nas três dimensões avaliadas pelo NIAS em estudos de autorrelato.

Autismo, TDAH, características sensoriais e rigidez estão associados a diferentes dificuldades alimentares em adultos.

Pessoas com TARE podem apresentar mais de um mecanismo de restrição simultaneamente.

Estudos adultos de CBT-AR mostram resultados promissores.

Peso é apenas uma parte da avaliação clínica.

AINDA NÃO PODEMOS DIZER

Seletividade alimentar em uma pessoa autista significa TARE.

Autismo ou TDAH causam TARE.

Cada paciente pertence a um único “subtipo” estável de TARE.

A eficácia da CBT-AR em adultos já está estabelecida por uma ampla literatura de ensaios randomizados.

Peso normal ou elevado exclui comprometimento nutricional ou TARE.

Para levar deste capítulo

- 1 “Come pouco” e “come poucos alimentos” descrevem comportamento. Ainda falta compreender por quê.
- 2 Seletividade alimentar não é automaticamente TARE. Mecanismo, consequências e comprometimento fazem diferença.
- 3 Neurodivergência pode ajudar a compreender determinadas dificuldades alimentares, mas não substitui uma avaliação do comportamento alimentar.
- 4 Um instrumento de rastreamento pode aumentar uma suspeita clínica. Não transforma essa suspeita em diagnóstico.
- 5 A literatura especificamente adulta cresceu bastante, mas tratamento, prognóstico e adaptações para diferentes populações ainda precisam de estudos mais rigorosos.

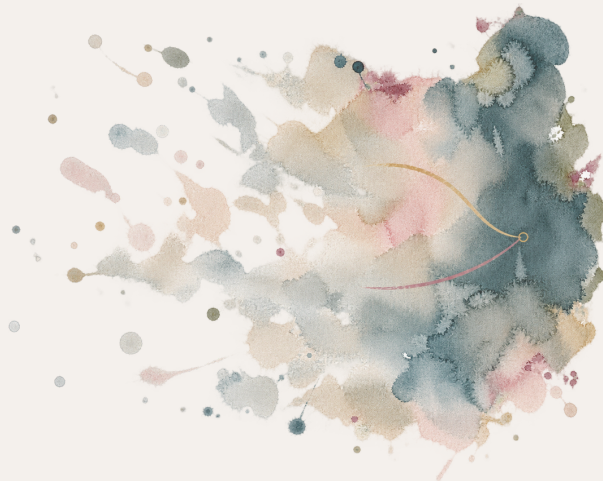
Aqui o peso apareceu de passagem, como um indicador que não descarta consequência nutricional. No próximo capítulo ele volta ao centro, em uma apresentação clínica na qual a própria aparência do corpo pode atrapalhar o reconhecimento do quadro.

Referências

- Bayoumi, S. C., Halkett, A., Miller, M., & Hinshaw, S. P. (2025). Food selectivity and eating difficulties in adults with autism and/or ADHD. *Autism*, 29(6), 1497–1509. <https://doi.org/10.1177/13623613251314223>
- Breiner, C. E., McQuaid, G. A., Wallace, G. L., & Zickgraf, H. F. (2025). Screening for avoidant/restrictive food intake disorder symptoms among autistic adults: Measurement invariance with a comparison general sample. *Autism Research*, 18(7), 1381–1388. <https://doi.org/10.1002/aur.70039>
- Burton Murray, H., Dreier, M. J., Zickgraf, H. F., Becker, K. R., Breithaupt, L., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2021). Validation of the Nine Item ARFID Screen (NIAS) subscales for distinguishing ARFID presentations and screening for ARFID. *International Journal of Eating Disorders*, 54(10), 1782–1792. <https://doi.org/10.1002/eat.23520>
- James, R. M., O'Shea, J., Micali, N., Russell, S. J., & Hudson, L. D. (2024). Physical health complications in children and young people with avoidant restrictive food intake disorder (ARFID): A systematic review and meta-analysis. *BMJ Paediatrics Open*, 8, e002595. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2024-002595>
- Kambanis, P. E., Cai, K., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Freestone, D., Baker, J., Menzel, J., & Boucher, E. (2026). Effectiveness of virtually delivered cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 59, 1663–1672. <https://doi.org/10.1002/eat.70098>
- Kramer, L., Nettle, A., Merz, A.-K., Martin, A., Hilbert, A., & Schmidt, R. (2026). Sensory sensitivity and food disgust in ARFID presentations across ages. *Appetite*, 217, 108329. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2025.108329>
- MacDonald, D. E., Liebman, R., & Trottier, K. (2024). Clinical characteristics, treatment course and outcome of adults treated for avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) at a tertiary care eating disorders program. *Journal of Eating Disorders*, 12, 15. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-00973-6>
- Sader, M., Weston, A., Buchan, K., Kerr-Gaffney, J., Gillespie-Smith, K., Sharpe, H., & Duffy, F. (2025). The co-occurrence of autism and avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): A prevalence-based meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 58, 473–488. <https://doi.org/10.1002/eat.24369>
- Thomas, J. J., Becker, K. R., Breithaupt, L., Burton Murray, H., Jo, J. H., Kuhnle, M. C., Dreier, M. J., Harshman, S. G., Kahn, D. L., Hauser, K., Slattery, M., Misra, M., Lawson, E. A., & Eddy, K. T. (2021). Cognitive-behavioral therapy for adults with avoidant/restrictive food intake disorder. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 31(1), 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2020.10.004>
- Winten, C. G., Strodl, E., Kambanis, P. E., Ross, L. J., & Thomas, J. J. (2026). A systematic review and meta-analysis of psychological therapies for avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) in adolescents and adults. *International Journal of Eating Disorders*, 59, 1403–1425. <https://doi.org/10.1002/eat.70086>
- Zickgraf, H. F., Franklin, M. E., & Rozin, P. (2016). Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: Comparable distress and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms. *Journal of Eating Disorders*, 4, 26. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0110-6>



Anorexia sem baixo peso: gravidade, história ponderal e viés na avaliação clínica



Uma pessoa chega ao consultório depois de perder uma quantidade importante de peso em poucos meses. Tem restringido cada vez mais a alimentação, evita refeições, sente medo intenso de recuperar o peso perdido e passa boa parte do dia pensando em comida e no próprio corpo.

Ela não parece com a imagem que muita gente associa à anorexia.

Seu peso atual não é baixo.

É justamente aí que a avaliação pode começar a falhar.

A aparência corporal oferece informação clínica, mas também pode produzir um atalho: “se não está abaixo do peso, talvez não esteja tão grave”. O problema é que, nos transtornos alimentares restritivos, o peso atual conta apenas uma parte da história.



O problema do “parecer doente”

A anorexia nervosa ainda é fortemente associada a um corpo muito magro. Essa associação não surgiu do nada. O baixo peso faz parte do diagnóstico de anorexia nervosa e pode estar relacionado a complicações clínicas importantes.

A dificuldade começa quando ele passa a funcionar, na prática, como uma espécie de marcador visual de quem parece suficientemente doente para merecer investigação.

Existe um exemplo particularmente útil para entender esse problema. Na anorexia nervosa atípica, a pessoa apresenta características centrais da anorexia nervosa, incluindo restrição alimentar, medo de ganhar peso e alterações importantes na relação com peso e forma corporal, mas, apesar de ter perdido peso de maneira significativa, seu peso permanece dentro ou acima da faixa considerada normal (Walsh et al., 2023).

O próprio termo já traz uma dificuldade: o que significa exatamente uma perda “significativa”?

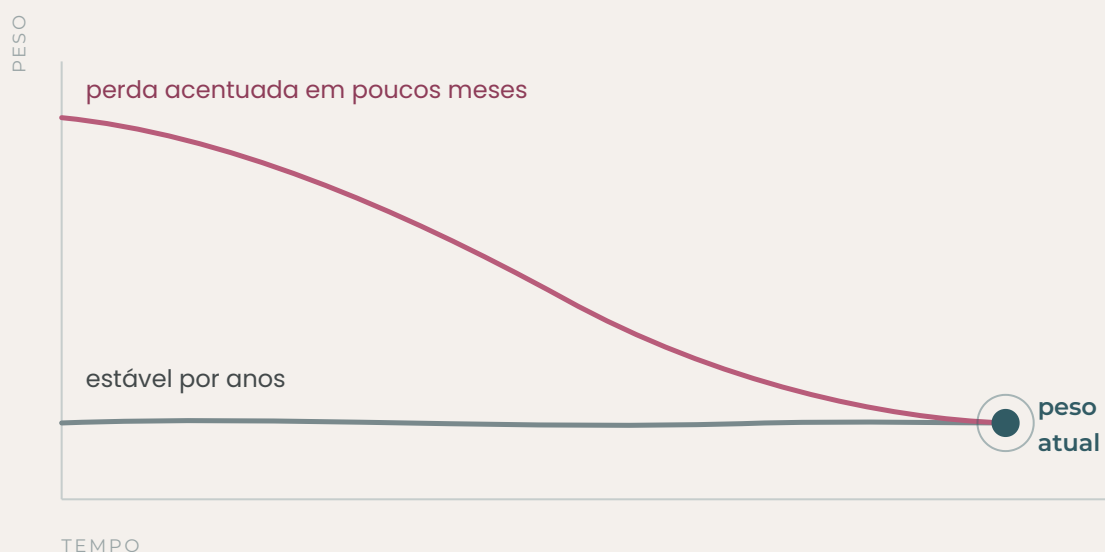
A literatura ainda não chegou a uma resposta uniforme. Em uma revisão sistemática de 24 estudos sobre anorexia atípica, apenas três definiram explicitamente quanto de perda de peso seria necessário para utilizar esse critério. Os demais recorreram a diferentes formas de classificar peso atual ou simplesmente não estabeleceram um limiar de perda (Walsh et al., 2023).

Isso tem uma consequência bastante prática. Duas pessoas com histórias ponderais muito diferentes podem chegar ao consultório com o mesmo peso atual.

Imagine alguém que passou de 95 kg para 72 kg em poucos meses e outra pessoa que permaneceu aproximadamente em 72 kg durante anos. O número observado hoje é o mesmo. A trajetória até ele não é.

FIGURA 1

Duas trajetórias que chegam ao mesmo ponto. O eixo mostra apenas mudança ao longo do tempo, sem faixa de referência ou peso “ideal”.



Mesmo peso atual. Histórias clínicas diferentes.

O que a trajetória ponderal acrescenta

Talvez um dos resultados mais úteis para a prática venha de Garber et al. (2019). Os pesquisadores avaliaram 116 pacientes hospitalizados com transtornos alimentares restritivos, entre 12 e 24 anos, sendo 50 com anorexia atípica e 66 com anorexia nervosa.

O estudo não encontrou apenas diferenças entre grupos. Ele perguntou algo mais interessante: **o histórico de perda de peso acrescenta informação sobre gravidade mesmo depois de considerarmos o peso de admissão?**



Acrecentava.

Uma perda mais rápida esteve associada a frequência cardíaca mais baixa. Uma perda de maior magnitude e uma duração mais longa da perda estiveram associadas a menores níveis séricos de fósforo. Essas relações permaneceram depois do ajuste para o peso na admissão (Garber et al., 2019).

Isso não significa que perda rápida cause, isoladamente, essas alterações. O estudo é associativo. Também é importante lembrar quem foi estudado: jovens suficientemente comprometidos para internação, com idade média de 16,5 anos e uma amostra composta em 91% por participantes do sexo feminino. Não devemos transportar os números diretamente para um adulto em atendimento ambulatorial.

O achado clínico permanece relevante: **perguntar apenas “quanto você pesa?” pode ser muito menos informativo do que perguntar também quanto pesava antes, quanto perdeu, em quanto tempo e o que estava acontecendo durante essa mudança.**

FIGURA 2

O peso de hoje é uma fotografia. A avaliação precisa do filme.



A sequência organiza a investigação. Não é uma fórmula de risco.

Uma revisão sistemática posterior reforçou esse cuidado. Brennan et al. (2023) reuniram nove estudos com 2.331 adolescentes com anorexia nervosa ou anorexia atípica. Entre 29% e 42% dos participantes apresentaram instabilidade médica que exigiu hospitalização mesmo sem estarem abaixo do peso. Maior perda de peso esteve associada à bradicardia, enquanto graus muito baixos de peso ainda se relacionaram a alguns riscos específicos, como hipofosfatemia (Brennan et al., 2023).

Esse é um ponto que merece precisão.

A conclusão não é que **peso não importa**.

A conclusão é que **o peso de admissão, sozinho, não ordena a gravidade**.

Algumas complicações continuam relacionadas ao grau de baixo peso. Outras parecem ser melhor compreendidas quando o clínico acrescenta informações sobre magnitude, velocidade e duração da perda.

E a gravidade psicológica?

Também não parece existir uma relação simples na qual pessoas em pesos mais altos apresentariam necessariamente uma versão “mais leve” do transtorno.

Walsh et al. (2023) encontraram, em sua revisão sistemática, níveis de psicopatologia específica de transtornos alimentares em anorexia atípica semelhantes ou, em diversos estudos, superiores aos observados em anorexia nervosa. Ao mesmo tempo, algumas complicações físicas apareceram com menor frequência, mostrando novamente que “gravidade” não é uma única variável.

A meta-análise de Johnson-Munguia et al. (2024), com 20 estudos, chegou a uma conclusão próxima. Para a maior parte dos indicadores avaliados, as diferenças entre anorexia nervosa e anorexia atípica não foram significativas. Em alguns domínios, como preocupação com peso, preocupação com forma e busca pela magreza, os escores foram maiores no grupo com anorexia atípica. Não foram encontradas diferenças claras em comprometimento clínico ou na frequência geral de comportamentos compensatórios (Johnson-Munguia et al., 2024).

Há heterogeneidade entre os estudos e algumas análises contam com poucos trabalhos. Portanto, não faz sentido transformar esses resultados na frase “anorexia atípica é sempre tão grave quanto anorexia nervosa”.

A formulação mais útil é outra: a ausência de baixo peso não permite inferir psicopatologia leve.

Quando o peso entra no raciocínio clínico antes da história

A questão fica ainda mais interessante quando pesquisadores manipulam a apresentação corporal de um mesmo caso.

Garcia Moreno et al. (2025) apresentaram vinhetas clínicas a 246 participantes leigos e 103 profissionais de saúde. Os profissionais da amostra não eram profissionais de saúde mental, algo importante para não generalizarmos o resultado diretamente para psicólogos.

Tanto os leigos quanto os profissionais tiveram menor probabilidade de identificar a apresentação de anorexia atípica e demonstraram menor confiança nesse diagnóstico do que diante da vinheta de anorexia nervosa (Garcia Moreno et al., 2025).

O resultado sugere que o corpo descrito no caso pode interferir no reconhecimento do transtorno. Mas há uma limitação metodológica relevante: a vinheta utilizada para anorexia atípica não apresentava explicitamente a informação de “perda significativa de peso”, necessária para caracterizar completamente a apresentação segundo a descrição diagnóstica. Além disso, a relação entre as medidas de estigma de peso e o erro diagnóstico não foi simples. Entre profissionais, maior estigma não explicou diretamente menor acurácia, embora tenha se relacionado à confiança em algumas análises.



Portanto, o estudo não demonstra que “profissionais com preconceito contra pessoas gordas deixam de diagnosticar anorexia”.

Ele demonstra algo mais específico: **em uma situação experimental, uma apresentação de maior peso foi reconhecida com menos frequência e menor confiança do que uma apresentação de anorexia nervosa de baixo peso.**

A diferença é importante.

Há outro indício de que o problema não termina na identificação inicial. Harrop et al. (2021) revisaram 75 estudos sobre anorexia atípica. Em estudos epidemiológicos, a apresentação aparecia frequentemente com frequência semelhante ou superior à anorexia nervosa. Já em amostras consecutivas de encaminhamento e admissão em serviços especializados, a anorexia atípica aparecia menos representada, especialmente nos Estados Unidos (Harrop et al., 2021).

Isso é compatível com uma possível lacuna entre ocorrência e acesso ao cuidado, mas a revisão não consegue estabelecer por que essa diferença existe. Viés de peso pode participar do processo, mas critérios de encaminhamento, cobertura financeira, procura por tratamento e características dos próprios serviços também podem contribuir.

O que os pacientes descrevem

Estudos qualitativos não respondem quantas pessoas passam por determinada experiência. Eles ajudam a responder **como aquela experiência acontece e que significado pode adquirir para quem a vive.**

Harrop et al. (2023) entrevistaram adultos com histórico de anorexia atípica sobre suas experiências nos serviços de saúde. Os participantes tinham entre 18 e 74 anos. Nos relatos, apareceram situações em que o peso corporal era tratado como problema prioritário enquanto sintomas do transtorno alimentar eram minimizados, orientações para perda de peso durante períodos de restrição e dificuldades para que a gravidade do quadro fosse reconhecida. Participantes também relacionaram algumas dessas experiências a atraso na procura por ajuda e evitação posterior de serviços de saúde (Harrop et al., 2023).

Outro estudo da mesma linha de pesquisa analisou especificamente 17 adultos que haviam passado por níveis mais intensivos de tratamento, como hospitalização, tratamento residencial ou programas intensivos. Os participantes relataram dificuldades para conseguir admissão, planos nutricionais percebidos como insuficientes, intervenções centradas em pacientes magros, minimização do transtorno e altas ou readmissões que atribuíam, em parte, a problemas sistêmicos e ao modo como o peso era tratado nos serviços (Harrop et al., 2025).

Esses dois trabalhos não devem ser contados como duas grandes amostras independentes. Eles derivam de uma mesma pesquisa longitudinal e analisam aspectos diferentes da experiência de participantes relacionados.

Também seria errado escrever que os estudos provaram que o cuidado recebido **causou** piora ou recaída. Os participantes relataram essa relação a partir de suas experiências. Esse tipo de evidência é especialmente valioso para identificar problemas que depois podem ser testados por outros desenhos de pesquisa.



Na avaliação, o que merece atenção além do peso atual?

Para o psicólogo, a mudança não está em ignorar peso. Está em evitar que ele encerre o raciocínio cedo demais.

INFORMAÇÃO

Peso atual

Peso habitual e histórico ponderal

Magnitude da perda

Velocidade da perda

Duração e recência

Restrição e outros comportamentos de controle de peso

Medo de ganhar peso e preocupações com peso e forma

Prejuízo e funcionamento

Sinais de possível comprometimento médico

POR QUE PODE IMPORTAR

Continua sendo uma informação clínica, mas não descreve sozinho a trajetória nem a psicopatologia.

Permitem entender de onde a pessoa partiu e quanto mudou.

Perdas maiores foram associadas a alguns indicadores de comprometimento clínico em jovens hospitalizados.

Perda mais rápida esteve associada a marcadores como frequência cardíaca mais baixa em estudos com adolescentes e jovens.

A trajetória temporal acrescenta informação que o valor atual não mostra.

A aparência corporal não revela frequência, intensidade ou rigidez desses comportamentos.

Podem ser intensos mesmo na ausência de baixo peso.

Gravidade psicológica não pode ser inferida apenas pelo tamanho corporal.

Podem exigir avaliação médica mesmo quando a pessoa não parece abaixo do peso.

Essa tabela não é um novo protocolo diagnóstico. Ela resume variáveis cuja relevância aparece nos estudos analisados, especialmente em Garber et al. (2019), Brennan et al. (2023), Johnson-Munguia et al. (2024) e Walsh et al. (2023).



Cuidado para não concluir que...

OS ESTUDOS MOSTRAM

Instabilidade médica pode ocorrer sem baixo peso.

História e velocidade da perda acrescentam informação à avaliação.

Psicopatologia importante pode ocorrer em pessoas sem baixo peso.

Apresentações em corpos maiores podem ser menos reconhecidas em situações experimentais.

Participantes de estudos qualitativos relataram invalidação e estigma no cuidado.

Há críticas ao uso do peso para separar AN e anorexia atípica.

ELES NÃO AUTORIZAM CONCLUIR

Peso corporal não tem nenhuma relevância clínica.

Existe um único percentual de perda que determina gravidade para todas as pessoas.

AN e anorexia atípica são idênticas em todos os aspectos.

Todo erro diagnóstico é causado por viés de peso.

Todas as pessoas em corpos maiores terão essa experiência.

Já existe consenso científico para abandonar os critérios atuais.

Os próprios critérios estão em discussão

A anorexia atípica ocupa uma posição curiosa no sistema diagnóstico. Em muitos aspectos, a descrição depende justamente daquilo que diferencia o quadro da anorexia nervosa: a pessoa perdeu peso de maneira significativa, mas ainda não está em um peso considerado significativamente baixo.

Só que “significativo” continua mal definido.

Além disso, as revisões mostram muita sobreposição entre as duas apresentações, especialmente no campo psicológico, ao mesmo tempo em que algumas diferenças físicas permanecem (Walsh et al., 2023; Johnson-Munguia et al., 2024).

Isso abriu uma discussão sobre a própria utilidade de separar os diagnósticos a partir do peso.

Nutter et al. (2026), por exemplo, propõem considerar anorexia nervosa e anorexia atípica como manifestações de um mesmo transtorno restritivo ao longo do espectro de peso, deixando peso e outros indicadores como especificadores de apresentação e gravidade. É uma proposta conceitual baseada na literatura disponível, não uma mudança diagnóstica já validada empiricamente ou aceita como consenso (Nutter et al., 2026).

A controvérsia existe porque há duas perguntas diferentes envolvidas.

Uma é se peso fornece informação clínica. Claramente pode fornecer.

Outra é se **o peso atual deve continuar funcionando como a fronteira que separa duas categorias diagnósticas tão próximas.**

A literatura anexada não resolve essa segunda pergunta.

O que ainda não sabemos

Há muito mais evidência sobre adolescentes do que sobre adultos quando o assunto é instabilidade médica, trajetória ponderal e anorexia atípica. Os estudos também foram realizados majoritariamente com meninas e mulheres, e várias amostras têm pouca diversidade racial e socioeconômica (Harrop et al., 2021; Walsh et al., 2023).

Ainda não existe uma definição amplamente aceita para o que constitui perda de peso “significativa”. Também são escassos os dados sobre curso de longo prazo, recaída, prognóstico e resposta diferencial ao tratamento entre anorexia nervosa e anorexia atípica (Walsh et al., 2023).

Sobre viés de peso, temos evidências experimentais de que a apresentação corporal pode interferir no reconhecimento, dados qualitativos descrevendo experiências de estigma e revisões mostrando uma possível lacuna entre prevalência e chegada aos serviços. Ainda faltam estudos capazes de separar melhor o efeito específico do viés de peso de outros fatores que também influenciam diagnóstico e acesso.

Talvez essa seja a mensagem clínica mais útil deste capítulo.

O corpo do paciente não “mente”. O problema é pedir ao corpo que responda sozinho perguntas que exigem uma história inteira.

Uma avaliação de um transtorno alimentar restritivo precisa considerar o corpo presente. Mas também precisa reconstruir o caminho até ele.

Para levar deste capítulo

- 1** A ausência de baixo peso não permite inferir psicopatologia leve. Em várias comparações, os indicadores psicológicos foram semelhantes aos da anorexia nervosa e, em alguns domínios, mais altos.
- 2** Magnitude, velocidade e duração da perda acrescentaram informação sobre gravidade clínica mesmo depois de considerar o peso de admissão, ao menos entre os jovens hospitalizados estudados.
- 3** Peso continua relevante para determinados riscos. Alguns desfechos, como hipofosfatemia, permaneceram relacionados a graus mais baixos de peso.
- 4** Viés de peso pode contribuir para o sub-reconhecimento, mas os estudos disponíveis não permitem atribuir a ele todos os erros diagnósticos nem toda a lacuna de acesso ao cuidado.

O capítulo seguinte muda de terreno. Sai do corpo presente na sala e vai para o ambiente que o paciente encontra todos os dias na tela, onde comparações e regras corporais circulam de forma personalizada.



Referências

- Brennan, C., Illingworth, S., Cini, E., & Bhakta, D. (2023). Medical instability in typical and atypical adolescent anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Eating Disorders*, 11, 58. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00779-y>
- Garber, A. K., Cheng, J., Accurso, E. C., Adams, S. H., Buckelew, S. M., Kapphahn, C. J., Kreiter, A., Le Grange, D., Machen, V. I., Moscicki, A.-B., Saffran, K., Sy, A. F., Wilson, L., & Golden, N. H. (2019). Weight loss and illness severity in adolescents with atypical anorexia nervosa. *Pediatrics*, 144(6), e20192339. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2339>
- Garcia Moreno, N., Walker, D. C., Gullo, N., & O'Dea, C. J. (2025). Weight stigma's effects on misdiagnosis of eating disorders among laypeople and healthcare professionals. *International Journal of Eating Disorders*, 58, 690–702. <https://doi.org/10.1002/eat.24374>
- Harrop, E. N., Hutcheson, R., Harner, V., Mensinger, J. L., & Lindhorst, T. (2023). “You don’t look anorexic”: Atypical anorexia patient experiences of weight stigma in medical care. *Body Image*, 46, 48–61. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.04.008>
- Harrop, E. N., Mensinger, J. L., Moore, M., & Lindhorst, T. (2021). Restrictive eating disorders in higher weight persons: A systematic review of atypical anorexia nervosa prevalence and consecutive admission literature. *International Journal of Eating Disorders*, 54(8), 1328–1357. <https://doi.org/10.1002/eat.23519>
- Harrop, E. N., Norling, H. N., Sullivan, S. A., & Kline, K. M. (2025). “Recover, but not too much”: Experiences of weight-centric care and weight stigma in higher levels of care for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 58, 1452–1468. <https://doi.org/10.1002/eat.24451>
- Johnson-Munguia, S., Negi, S., Chen, Y., Thomeczek, M. L., & Forbush, K. T. (2024). Eating disorder psychopathology, psychiatric impairment, and symptom frequency of atypical anorexia nervosa versus anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 57(4), 761–779. <https://doi.org/10.1002/eat.23989>
- Nutter, S., DaSilva, S., & Saunders, J. F. (2026). A weight-inclusive approach to restrictive eating disorders: De-centering weight. *International Journal of Eating Disorders*, 59, 228–232. <https://doi.org/10.1002/eat.24583>
- Walsh, B. T., Hagan, K. E., & Lockwood, C. (2023). A systematic review comparing atypical anorexia nervosa and anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 56(4), 798–820. <https://doi.org/10.1002/eat.23856>



Redes sociais, comparação corporal e alimentação: conteúdo, engajamento e vulnerabilidade



Duas pessoas contam que passam cerca de duas horas por dia no TikTok.

A primeira abre o aplicativo e encontra vídeos de humor, animais, música, notícias e alguns conteúdos sobre hobbies. A segunda encontra, em sequência, vídeos de “what I eat in a day”, rotinas de academia, transformações corporais, refeições de baixa caloria, corpos definidos, dicas para emagrecer e conteúdos sobre como “ter disciplina” com a alimentação.

Se perguntarmos apenas quanto tempo cada uma passa na plataforma, a resposta será praticamente a mesma.

Mas a experiência não é.

Essa situação é fictícia, mas ajuda a colocar um problema que aparece repetidamente nas pesquisas sobre redes sociais e imagem corporal: **“tempo de tela” pode ser uma medida muito genérica para descrever aquilo a que uma pessoa realmente está exposta.**

Em alguns estudos, o que parece ter mais relação com imagem corporal e sintomas alimentares não é simplesmente estar online por mais tempo. Entram na equação o conteúdo que aparece, aquilo com que a pessoa interage, as comparações que faz, suas vulnerabilidades prévias e o modo como a própria plataforma personaliza o que será mostrado depois (Dondzilo et al., 2024; Griffiths et al., 2024).

Isso torna a pergunta “redes sociais fazem mal?” pouco interessante clinicamente.

Uma pergunta melhor talvez seja: **o que acontece entre a pessoa e o ambiente digital que ela encontra todos os dias?**



Não existe uma única exposição chamada “rede social”

Por muito tempo, pesquisas sobre redes sociais utilizaram medidas como frequência de uso ou quantidade de minutos por dia. Essas medidas continuam podendo ser úteis, mas juntam experiências muito diferentes em um mesmo número.

Usar uma plataforma para conversar com amigos não é necessariamente equivalente a passar o mesmo período observando transformações corporais. Assistir a vídeos de receitas não é a mesma exposição que acompanhar conteúdo de restrição alimentar. Nem todo conteúdo relacionado a exercício contém as mesmas mensagens sobre corpo, dieta e desempenho.

A revisão sistemática de Wu et al. (2024) deixa essa heterogeneidade bastante clara. Os autores reuniram 38 estudos que investigavam conteúdos relacionados à alimentação nas redes sociais. Havia trabalhos sobre *clean eating*, alimentação saudável, publicidade de alimentos, vídeos de pessoas comendo, conteúdos relacionados a transtornos alimentares, imagens de comida e informações nutricionais. Os resultados não apontavam todos na mesma direção. Alguns tipos de conteúdo, incluindo *clean eating*, publicidade de determinados alimentos e alguns vídeos relacionados à alimentação, apareceram associados a preocupações corporais, alimentação desordenada ou consumo alimentar. Já estudos classificados como conteúdo de “alimentação saudável” não apresentaram o mesmo padrão, e resultados envolvendo informação nutricional e vídeos de *mukbang* foram mistos (Wu et al., 2024).

A própria diversidade dos estudos foi grande o suficiente para que os autores optassem por uma síntese narrativa em vez de combinar tudo em uma única estimativa de efeito.

Isso é uma pista importante para a clínica: **saber que uma pessoa “consome muito conteúdo de alimentação” ainda diz pouco.**

Pode fazer diferença entender qual conteúdo, apresentado de que maneira e associado a quais regras sobre alimentação, corpo ou saúde.

Essa ideia aparece de forma ainda mais direta em um estudo com 230 universitários usuários do TikTok. Dondzilo et al. (2024) não encontraram associação entre o tempo médio de tela e sintomas de transtornos alimentares. A tendência geral de curtir, comentar ou salvar vídeos também não se associou aos sintomas. As associações apareceram quando os pesquisadores olharam especificamente para o envolvimento com conteúdos de aparência e alimentação, para o tipo de conteúdo posteriormente recomendado e para comparação corporal ascendente (Dondzilo et al., 2024).

Esse resultado não demonstra que tempo de tela seja irrelevante. É um estudo transversal, feito majoritariamente com mulheres jovens universitárias.

Mas mostra por que reduzir a avaliação a “quantas horas por dia?” pode deixar passar justamente as informações mais interessantes.

Comparação corporal: uma peça importante do quebra-cabeça

Imagine abrir uma rede social e encontrar alguém cujo corpo parece mais próximo daquilo que você gostaria de ter.

A comparação que ocorre quando avaliamos outra pessoa como estando “melhor” do que nós em determinada dimensão é chamada de **comparação social ascendente**.

No contexto corporal, pode envolver pensamentos como “ela é mais magra”, “ele é mais definido”, “essa pessoa consegue comer melhor do que eu” ou “eu deveria ter essa disciplina”.

Comparação social não é exclusiva da internet, nem toda comparação produz necessariamente sofrimento. O que chama atenção é a consistência com que níveis maiores de comparação online aparecem associados a alguns desfechos relacionados à imagem corporal.

Bonfanti et al. (2025) reuniram 83 estudos, com 55.440 participantes, em uma revisão sistemática e meta-análise. Maior comparação social online apresentou associação moderada com maiores preocupações relacionadas à imagem corporal ($r = .454$) e com mais sintomas de transtornos alimentares ($r = .355$). Também houve uma associação menor com níveis mais baixos de imagem corporal positiva ($r = -.242$) (Bonfanti et al., 2025).

$r = .454$

preocupações com
imagem corporal

$r = .355$

sintomas de transtornos
alimentares

$r = -.242$

imagem corporal positiva

Esses números precisam ser lidos com cuidado. A heterogeneidade entre os estudos foi muito alta, o que significa que as associações variaram bastante entre populações e metodologias. Além disso, a meta-análise examinou essencialmente relações correlacionais. Quando um estudo possuía diferentes momentos de avaliação, foram utilizados os dados do momento inicial. Portanto, esses resultados **não demonstram que comparar-se nas redes cause, por si só, insatisfação corporal ou sintomas alimentares** (Bonfanti et al., 2025).

Ainda assim, comparação aparece repetidamente quando olhamos para estudos feitos de maneiras diferentes.

No trabalho de Dondzilo et al. (2024), por exemplo, maior envolvimento com determinados conteúdos estava associado a maior proporção de conteúdo semelhante recomendado, que por sua vez se associava a mais comparações ascendentes e a maiores sintomas alimentares.

Os autores testaram esse caminho por meio de uma **mediação estatística**. Em linguagem simples, isso significa verificar se os dados são compatíveis com a ideia de que a relação entre duas variáveis passa, ao menos em parte, por uma terceira.

Mas existe uma diferença enorme entre:

“os dados são compatíveis com este caminho”

e

“demonstramos que esse é o mecanismo causal”.

Como o estudo de Dondzilo et al. (2024) é transversal, ele não consegue estabelecer a ordem real em que esses processos ocorreram.

Um estudo de avaliação momentânea ecológica, conhecido pela sigla EMA, trouxe uma peça complementar. Nesse tipo de pesquisa, as pessoas respondem perguntas em situações próximas da vida real, em vez de depender apenas de uma avaliação retrospectiva feita semanas depois.

Durante sete dias, Schönhals et al. (2026) acompanharam 143 mulheres, sendo 62 com anorexia nervosa ou bulimia nervosa autorrelatada e 81 sem transtorno alimentar. As participantes respondiam às medidas após utilizarem redes sociais baseadas em imagens. Exposição a *fitspiration* e *thinspiration* esteve associada a menor felicidade, maior insatisfação corporal e menor apreciação corporal naquele contexto. A comparação ascendente de aparência mediou estatisticamente essas associações (Schönhals et al., 2026).

De novo, não é uma demonstração definitiva de causalidade. Mas a repetição do papel da comparação em uma meta-análise, em um estudo de TikTok e em uma investigação realizada no cotidiano faz dela uma variável difícil de ignorar clinicamente.

Quando o feed aprende

Há outra diferença entre assistir televisão e abrir uma plataforma como TikTok.

Duas pessoas ligadas no mesmo canal de televisão recebem essencialmente a mesma programação. Duas pessoas que abrem o TikTok podem receber sequências completamente diferentes de vídeos.

Isso acontece porque existe um **sistema de recomendação**, um conjunto de modelos computacionais que utiliza informações sobre o comportamento do usuário e sobre o próprio conteúdo para decidir o que será exibido depois.

Essas informações não se resumem a “curtir”.

Segundo a revisão de Griffiths et al. (2026), os sistemas podem considerar ações explícitas, como curtidas, comentários, compartilhamentos, buscas e conteúdos salvos, mas também sinais menos deliberados, como tempo assistido, vídeos vistos até o fim, pausas, repetições e velocidade de navegação. Os detalhes exatos desses sistemas são proprietários e não estão completamente disponíveis aos pesquisadores (Griffiths et al., 2026).

Portanto, é melhor evitar frases como “o algoritmo sabe que você tem um transtorno alimentar”.

Os estudos fornecidos não demonstram isso.

O que temos é evidência de que **o conteúdo efetivamente entregue pode diferir bastante entre usuários**.

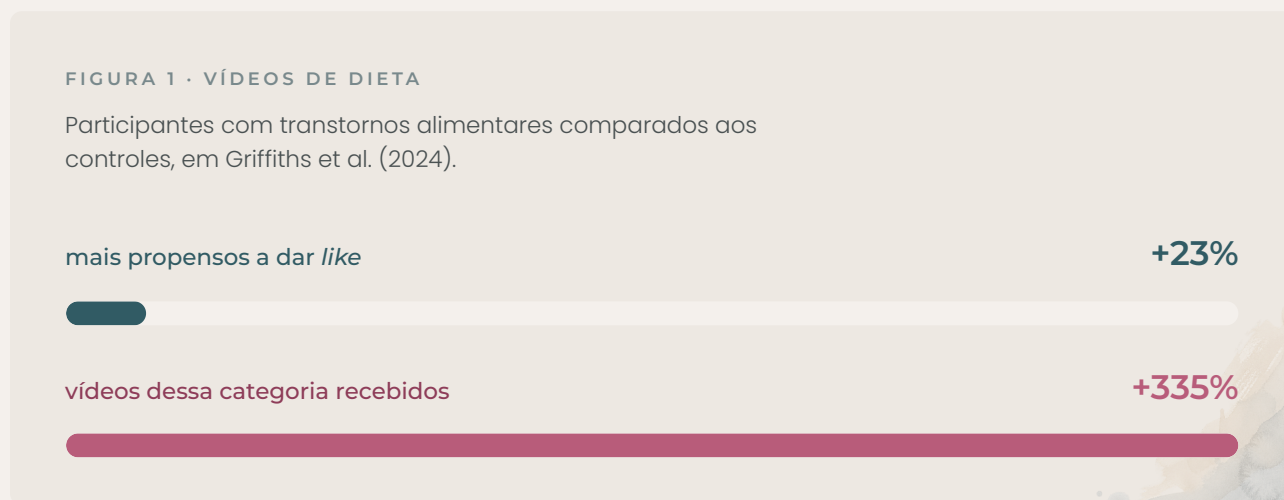
Griffiths et al. (2024) acompanharam durante um mês os dados do TikTok de pessoas com transtornos alimentares e controles sem histórico de transtorno alimentar. Foram analisados mais de **1 milhão de vídeos efetivamente entregues** aos participantes.



Os pesquisadores classificaram quatro categorias consideradas relevantes para psicopatologia alimentar: conteúdos focados em aparência, dieta, exercício e conteúdos explicitamente tóxicos relacionados a transtornos alimentares.

Todas apareceram com mais frequência nos feeds de participantes com transtornos alimentares (Griffiths et al., 2024).

Um detalhe é especialmente interessante.



Para vídeos de dieta, por exemplo, participantes com transtornos alimentares eram 23% mais propensos a dar *like* nesse tipo de conteúdo, mas receberam 335% mais vídeos dessa categoria do que os controles. Ou seja, **a diferença entre os feeds foi muito maior do que a diferença observada em uma ação explícita como curtir** (Griffiths et al., 2024).

Isso não nos diz exatamente por que a diferença surgiu. O sistema pode ter utilizado sinais que o estudo não consegue observar completamente. Também não sabemos quanto do padrão foi construído antes do início da pesquisa.

Mas o resultado mostra algo bastante concreto: **o feed não funciona simplesmente como uma coleção neutra de conteúdos escolhidos conscientemente pelo usuário.**

Ele também é um ambiente personalizado.

Mas quem escolhe quem?

É tentador organizar essa história assim:

peessoa entra na rede → recebe determinado conteúdo → desenvolve sintomas.

Os dados disponíveis tornam essa sequência simples demais.

Strickland et al. (2025) acompanharam 252 universitárias durante aproximadamente nove semanas. O foco era o envolvimento com vídeos do tipo **“What I Eat in a Day”**, geralmente abreviados como #WIED.

As pesquisadoras analisaram duas possibilidades.

A primeira era: maior contato com #WIED hoje prediz mais alimentação desordenada depois?

A segunda era: mais sintomas alimentares hoje predizem maior envolvimento posterior com esse conteúdo?

Foi a segunda associação que apareceu.

Maiores níveis de alimentação desordenada no início do estudo predisseram maior engajamento com #WIED no acompanhamento, mesmo depois de considerar quanto a pessoa já consumia esse conteúdo no início. O caminho inverso não foi significativo: engajamento inicial com #WIED não predisse maior pontuação de alimentação desordenada posteriormente após o controle dos sintomas iniciais (Strickland et al., 2025).

Isso não prova que o conteúdo seja inofensivo.

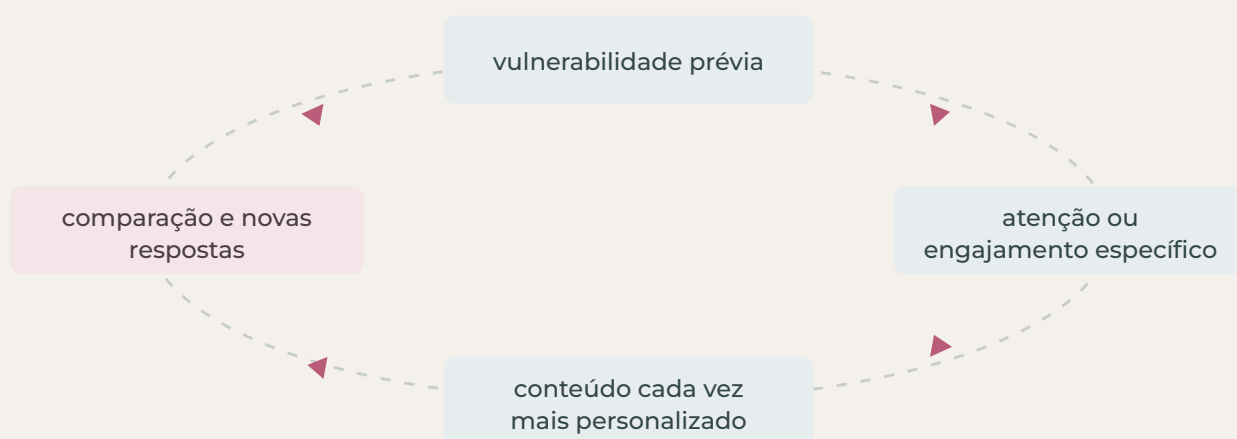
Também não mostra que sintomas “causaram” determinada preferência digital. O estudo é longitudinal, mas não experimental.

O que ele faz é desmontar uma narrativa confortável demais: **a pessoa não é apenas uma receptora passiva de conteúdo.**

Quem já apresenta mais preocupações com alimentação ou corpo pode prestar atenção em conteúdos diferentes, procurá-los, permanecer mais tempo neles ou interagir de maneira diferente.

Essa atividade pode, por sua vez, participar daquilo que será recomendado posteriormente.

É possível imaginar um ciclo:



Esse ciclo é uma **integração plausível** dos estudos disponíveis. Nenhum dos artigos anexados demonstrou toda essa sequência de ponta a ponta.

Essa distinção importa bastante.

O problema não é decidir se “a culpa é do algoritmo” ou “a culpa é do usuário”. Essa divisão nem ajuda muito.

Mais útil é investigar a interação entre vulnerabilidade, comportamento digital e ambiente recomendado.

Quando “saúde” e aparência começam a se misturar

Nem o conteúdo potencialmente relevante para imagem corporal aparece com a etiqueta “conteúdo sobre aparência”.

Um exemplo é a **fitspiration**, ou *fitspo*. O termo costuma se referir a conteúdos apresentados como inspiração para exercício, alimentação e estilo de vida fitness, frequentemente acompanhados de corpos magros, definidos ou tonificados.

Não há nada no exercício ou no interesse por saúde que seja, por definição, patológico.

A questão estudada é outra: **o que acontece quando mensagens sobre saúde são organizadas principalmente ao redor de ideais corporais e comparação de aparência?**

Ladwig et al. (2024) conduziram um experimento online com 382 mulheres, 172 com transtorno alimentar autorrelatado e 210 sem transtorno alimentar. As participantes foram randomizadas para observar 30 publicações de Instagram com conteúdo de *fitspiration*, *body positivity* ou *body neutrality*.

Após a exposição à *fitspiration*, houve aumento da insatisfação corporal e redução do afeto positivo. O padrão ocorreu tanto entre mulheres com transtornos alimentares quanto entre aquelas sem transtornos diagnosticados (Ladwig et al., 2024).

Por ser experimental, esse desenho permite falar com mais segurança sobre **efeitos imediatos da exposição naquela situação específica**.

Mas “imediato” é importante.

O estudo não mostra que acompanhar páginas fitness por meses provoca um transtorno alimentar. Foram 30 publicações selecionadas pelos pesquisadores, em uma situação experimental, e os desfechos foram avaliados logo após a exposição.



O estudo cotidiano de Schönhals et al. (2026) ajuda a complementar essa informação. Quando as participantes relatavam exposição a *fitspiration* em sua rotina real, apareciam associações com menor felicidade, maior insatisfação corporal e menor apreciação corporal. Para *thinspiration*, conteúdo mais explicitamente voltado à magreza e perda de peso, o padrão foi ainda mais consistente, incluindo maior tristeza e menor autoestima (Schönhals et al., 2026).

Há, porém, um resultado importante que impede uma conclusão simplista: **nem *fitspiration* nem *thinspiration* estiveram associados a maior restrição alimentar diária nesse estudo.**

Ou seja, efeitos sobre como alguém se sente em relação ao corpo não significam automaticamente mudanças comportamentais detectáveis na alimentação.

Isso é exatamente o tipo de nuance que se perde quando chamamos genericamente determinado conteúdo de “tóxico”.

E conteúdo “positivo” resolve?

Se alguns conteúdos centrados em aparência podem piorar momentaneamente a insatisfação corporal, parece intuitivo imaginar o contrário: basta substituir esse material por conteúdo “positivo”.

Os artigos enviados não sustentam uma solução tão simples.

Body positivity costuma envolver mensagens de aceitação, amor e valorização corporal, frequentemente acompanhadas de maior diversidade de corpos.

Body neutrality tenta deslocar parte da atenção da aparência para uma relação mais neutra com o corpo e para aquilo que ele permite fazer.

No experimento de Ladwig et al. (2024), tanto *body positivity* quanto *body neutrality* reduziram a insatisfação corporal imediatamente após a exposição. O afeto negativo também diminuiu. Mas apareceu uma nuance: na condição de *body neutrality*, o afeto positivo também caiu (Ladwig et al., 2024).

Quando Schönhal et al. (2026) observaram essas exposições na vida cotidiana, o resultado foi bem menos claro.

O *body positivity* não apresentou os benefícios esperados para os principais desfechos. O *body neutrality* esteve associado a maior apreciação corporal, mas não houve um padrão amplo de melhora em humor, autoestima ou alimentação restritiva (Schönhal et al., 2026).

Os próprios autores levantam uma possibilidade interessante: no mundo real, uma pessoa pode ver *body positivity*, *fitspiration*, publicidade e *thinspiration* dentro da mesma sessão. O efeito de um post não ocorre necessariamente em isolamento.

Isso ajuda a entender por que um experimento no qual alguém vê 30 publicações de uma única categoria pode produzir um resultado mais organizado do que o feed real.

Portanto, a literatura anexada permite dizer que **alguns conteúdos de body positivity e body neutrality produzem efeitos imediatos favoráveis em determinados desfechos.**

Não permite dizer que seguir perfis desse tipo seja um “antídoto” para os efeitos das redes, muito menos uma intervenção estabelecida para transtornos alimentares.



Cuidado para não concluir que...

O ACHADO

Comparação social online se associa a mais preocupações corporais e sintomas alimentares.

Alguns estudos não encontraram relação entre tempo médio de tela e sintomas.

Pessoas com transtornos alimentares receberam mais conteúdo de aparência, dieta, exercício e TA no TikTok.

Sintomas iniciais predisseram maior envolvimento posterior com #WIED em um estudo longitudinal.

Fitspiration aumentou insatisfação corporal em um experimento.

Body positivity e body neutrality apresentaram alguns efeitos imediatos positivos.

Uma mediação estatística é compatível com um caminho entre variáveis.

O QUE ELE NÃO PERMITE CONCLUIR

Toda comparação social causa piora da imagem corporal.

O tempo de uso nunca importa.

O algoritmo identificou conscientemente o diagnóstico dessas pessoas.

Toda exposição problemática é consequência de psicopatologia prévia.

Conteúdo fitness causa transtornos alimentares.

Seguir esses conteúdos previne ou trata psicopatologia alimentar.

A ordem causal entre essas variáveis foi demonstrada.

O que isso muda na avaliação clínica?

Talvez muito pouco se a avaliação já é boa.

A ideia não é transformar psicólogos em especialistas no TikTok, nem investigar cada perfil seguido pelo paciente como se estivessemos fazendo uma auditoria do celular.

O ponto é incluir o ambiente digital quando ele participa claramente das preocupações com corpo, alimentação ou exercício.

Perguntar apenas:

“Quanto tempo você fica nas redes?”

pode ser um começo.

Mas outras perguntas talvez revelem muito mais:

- | | |
|---|--|
| 01 O que costuma aparecer no seu feed quando o assunto é corpo, alimentação ou exercício? | 02 Tem algum tipo de conteúdo depois do qual você percebe que começa a se comparar mais? |
| 03 Como você costuma se sentir em relação ao seu corpo depois de assistir a esses conteúdos? | 04 Algum conteúdo muda o que você pensa que deveria comer, evitar ou fazer de exercício? |
| 05 Você percebe que começou a receber cada vez mais vídeos sobre algum desses temas? | 06 Quais conteúdos você procura de propósito e quais simplesmente aparecem? |
| 07 Quando suas preocupações com corpo ou alimentação estão mais intensas, muda alguma coisa no que você busca, assiste ou salva? | 08 Tem alguma regra sobre corpo, comida ou exercício que parece ser reforçada repetidamente no seu ambiente online? |

Essas perguntas **não formam um instrumento validado**, nem têm função diagnóstica. São áreas de investigação clínica coerentes com os processos destacados nos estudos.

Talvez seja especialmente útil sair da pergunta abstrata “rede social te faz mal?” e investigar sequências concretas.



Por exemplo:

“Você disse que ficou pior ontem depois do Instagram. O que estava vendo?”

“Quando percebeu que começou a pensar que precisava restringir a alimentação?”

“O que aconteceu entre assistir àquele conteúdo e decidir não jantar?”

“Esse tipo de vídeo aparece mais quando você está numa fase em que já está mais preocupado com o corpo?”

A rede deixa de ser tratada como causa abstrata e começa a entrar na formulação de caso como contexto em que comportamentos, comparações e regras são evocados ou reforçados.

O que ainda não sabemos

Há um problema básico na pesquisa sobre redes sociais: **as plataformas mudam mais rápido do que a literatura científica consegue acompanhá-las.**

Muitos estudos utilizam autorrelato. Outros mostram conteúdos escolhidos pelos pesquisadores, o que oferece maior controle experimental, mas reproduz mal um feed personalizado. Estudos como Griffiths et al. (2024), que analisam dados reais entregues aos usuários, aumentam a validade ecológica, mas ainda não conseguem observar completamente como sistemas proprietários tomam decisões.

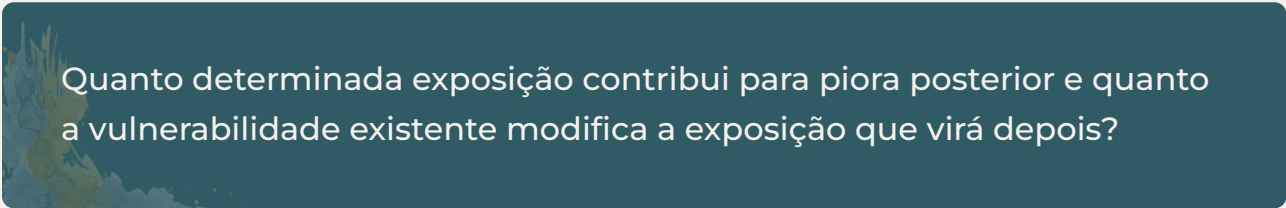
Também existem limitações importantes nas amostras.



Grande parte dos estudos anexados envolveu mulheres, universitárias ou adultos jovens. Mesmo quando há participantes com transtornos alimentares, algumas pesquisas dependem de diagnóstico autorrelatado. Isso limita a generalização para homens, pessoas trans e não binárias, diferentes faixas etárias, diferentes contextos culturais e pacientes com outros perfis clínicos.

Ainda temos poucos estudos capazes de acompanhar pessoas por períodos longos e separar adequadamente mudanças que ocorrem dentro de uma mesma pessoa de diferenças entre pessoas.

É justamente aí que mora uma das principais perguntas em aberto:



Quanto determinada exposição contribui para piora posterior e quanto a vulnerabilidade existente modifica a exposição que virá depois?

O estudo de Strickland et al. (2025) mostra que sintomas podem anteceder maior engajamento com certos conteúdos. Estudos experimentais mostram que determinadas exposições podem produzir mudanças imediatas em imagem corporal e afeto. Estudos de algoritmos mostram que usuários com transtornos alimentares podem habitar feeds bastante diferentes.

O que falta é conectar essas peças ao longo do tempo.

A revisão narrativa de Griffiths et al. (2026) chega a uma conclusão parecida: há sinais de que ambientes personalizados possam interagir com vulnerabilidades já existentes, mas ainda são necessários estudos longitudinais, clínicos e experimentais mais próximos da experiência real de uso antes de afirmarmos trajetórias causais de longo prazo (Griffiths et al., 2026).

Para levar deste capítulo

Dizer que alguém passa duas horas por dia no TikTok pode ser tão pouco informativo quanto dizer que alguém passa duas horas por dia “vendo televisão” sem perguntar o que estava assistindo.

O tempo continua sendo uma informação.

Só não descreve o que aconteceu ali dentro.

A literatura analisada aponta para algo mais complexo: **conteúdo, comparação, engajamento, personalização e vulnerabilidade individual parecem se relacionar de maneira dinâmica**. Algumas exposições produzem efeitos imediatos mensuráveis. Algumas pessoas que já apresentam mais sintomas passam a interagir mais com certos conteúdos. Sistemas de recomendação podem fazer com que essas diferenças de comportamento resultem em ambientes digitais progressivamente distintos.

Nenhuma dessas peças, isoladamente, explica um transtorno alimentar.

Mas todas podem ser clinicamente relevantes.

Por isso, talvez a pergunta mais útil não seja:

“Quanto tempo você passa online?”

E sim:

“Que ambiente aparece para você quando abre a rede, e o que acontece com você dentro dele?”

Boa parte do que circula nesse ambiente não se apresenta como conteúdo sobre aparência, e sim como saúde, disciplina e treino. O último capítulo trata justamente disso: o que fazer, na clínica, com regras alimentares, rotina de exercício e objetivos corporais que a cultura já considera virtuosos.

Referências

- Bonfanti, R. C., Melchiori, F., Teti, A., Albano, G., Raffard, S., Rodgers, R., & Lo Coco, G. (2025). The association between social comparison in social media, body image concerns and eating disorder symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Body Image*, 52, 101841. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101841>
- Dondzilo, L., Rodgers, R. F., & Dietel, F. A. (2024). Association between engagement with appearance and eating related TikTok content and eating disorder symptoms via recommended content and appearance comparisons. *International Journal of Eating Disorders*, 57, 458–462. <https://doi.org/10.1002/eat.24117>
- Griffiths, S., Harris, E. A., Whitehead, G., Angelopoulos, F., Stone, B., Grey, W., & Dennis, S. (2024). Does TikTok contribute to eating disorders? A comparison of the TikTok algorithms belonging to individuals with eating disorders versus healthy controls. *Body Image*, 51, 101807. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101807>
- Griffiths, S., Hondrogiannis, S., & Brittain, N. (2026). TikTok and eating disorders: A narrative review. *International Journal of Eating Disorders*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/eat.70119>
- Ladwig, G., Tanck, J. A., Quittkat, H. L., & Vocks, S. (2024). Risks and benefits of social media trends: The influence of “fitspiration”, “body positivity”, and text-based “body neutrality” on body dissatisfaction and affect in women with and without eating disorders. *Body Image*, 50, 101749. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101749>
- Schönhals, K., Lalk, C., & Vocks, S. (2026). Fitspiration, thinspiration, body positivity, and body neutrality contents on image-based social media: Associations with body image, mood, self-esteem, and disordered eating behavior in women with and without self-reported eating disorders: An ecological momentary assessment study. *International Journal of Eating Disorders*, 59, 790–802. <https://doi.org/10.1002/eat.70027>
- Strickland, S. R., Medina Fernandez, A., & Keel, P. K. (2025). TikTok and disordered eating: Delineating temporal associations and effects of a ban. *Eating Behaviors*, 58, 102024. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2025.102024>
- Wu, Y., Kemps, E., & Prichard, I. (2024). Digging into digital buffets: A systematic review of eating-related social media content and its relationship with body image and eating behaviours. *Body Image*, 48, 101650. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.101650>

Comer bem, treinar muito ou querer ganhar músculo não são diagnósticos: o que realmente merece atenção clínica?



Uma pessoa organiza todas as refeições da semana com antecedência. Leva comida de casa quase todos os dias, acompanha proteínas e outros nutrientes, treina seis vezes por semana e raramente falta à academia.

Quem convive com ela costuma descrevê-la como disciplinada.

Com o tempo, porém, algumas coisas começam a aparecer. Jantares são recusados porque não é possível saber exatamente como a comida será preparada. Um treino perdido provoca culpa e ansiedade durante horas. Uma lesão não interrompe completamente a rotina de exercício. As refeições precisam acontecer de determinada maneira, e mudanças inesperadas geram sofrimento. Parte considerável do dia é ocupada pensando em alimentação, treinamento e no que ainda precisa mudar no corpo.

Essa situação é fictícia. E o objetivo não é revelar, no final, que a pessoa “tem ortorexia”, “é viciada em exercício” ou apresenta dismorfia muscular.

A pergunta é anterior ao diagnóstico:

Em que momento palavras como saúde, disciplina e dedicação deixam de ser suficientes para explicar o que está acontecendo?

Essa pergunta é particularmente difícil porque boa parte dos comportamentos discutidos neste capítulo também existe fora da psicopatologia. Pessoas podem se interessar muito por alimentação, praticar esportes intensamente, contar macronutrientes ou querer aumentar a massa muscular sem apresentar um transtorno mental.

O comportamento visível é uma parte da avaliação, e neste capítulo ele é quase sempre a parte que a cultura já aprova.



Comer saudável não é diagnóstico

Poucos temas deixam isso tão claro quanto a chamada **ortorexia nervosa**.

O termo tem sido usado para descrever uma preocupação rígida e excessiva com aquilo que a pessoa considera uma alimentação correta, saudável ou pura. Entretanto, existe uma diferença entre reconhecer um fenômeno potencialmente problemático e demonstrar que ele constitui um diagnóstico psiquiátrico independente.

Ng et al. (2024) revisaram 22 revisões sistemáticas sobre ortorexia e encontraram um campo marcado por divergências conceituais, instrumentos de qualidade variável e estimativas de prevalência extremamente inconsistentes. Os autores concluem que ainda não existem estimativas confiáveis sobre quantas pessoas apresentariam ortorexia e que vários instrumentos empregados na literatura não conseguem distinguir adequadamente interesse por alimentação saudável de psicopatologia.

Esse problema aparece de maneira especialmente clara no **ORTO-15**, um dos instrumentos mais utilizados historicamente para estudar o tema. Revisões posteriores identificaram problemas de consistência interna, estrutura fatorial e especificidade. Em outras palavras, uma pontuação elevada podia refletir comportamentos alimentares incomuns ou grande preocupação com alimentação sem necessariamente identificar um padrão clinicamente prejudicial (Ng et al., 2024).

Se estudos diferentes utilizam escalas diferentes, pontos de corte diferentes e até definições diferentes do que pretendem medir, juntar todos os resultados e perguntar “qual é a prevalência da ortorexia?” pode produzir uma precisão que os dados não têm.

Uma umbrella review recente ajuda a dimensionar o problema. Moccia et al. (2025) revisaram cinco meta-análises e encontraram uma estimativa agregada de sintomas de ortorexia de 27,5%. O mesmo resultado, porém, apresentou heterogeneidade de aproximadamente 97%. Além disso, os estudos utilizaram instrumentos com propriedades psicométricas bastante diferentes (Moccia et al., 2025).

27,5%

estimativa agregada de sintomas de ortorexia

~97%

heterogeneidade entre os estudos

Moccia et al. (2025). O segundo número muda o que o primeiro pode significar.

Portanto, seria inadequado transformar esse valor na frase “27,5% das pessoas têm ortorexia”. O número resume estudos que provavelmente não estavam identificando exatamente o mesmo fenômeno.

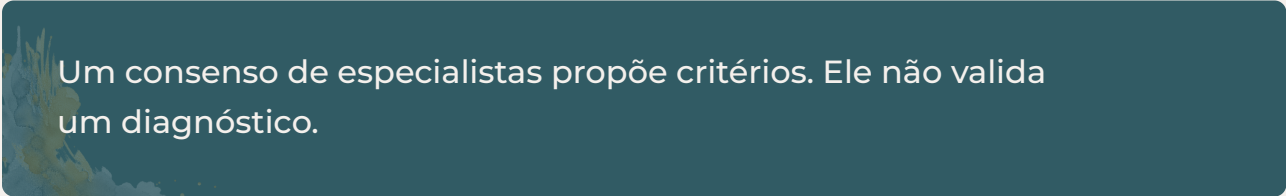
Existe alguma coisa clínica sendo descrita?

Sim. A incerteza diagnóstica não significa que todas as pessoas identificadas nesses estudos estejam simplesmente “comendo saudável”.

Em 2022, Donini et al. reuniram 47 pesquisadores e profissionais de diferentes áreas e países em um processo Delphi de três etapas. O objetivo era construir uma definição de trabalho e critérios propostos para ortorexia. Vinte e sete afirmações alcançaram pelo menos 75% de concordância entre os especialistas (Donini et al., 2022).

Entre os elementos que receberam forte concordância estavam preocupação intensa com a alimentação, regras rígidas e inflexíveis, grande quantidade de tempo dedicada a planejar, obter ou preparar alimentos, sofrimento quando as regras não podem ser cumpridas e influência excessiva da adesão a essas regras sobre a forma como a pessoa se avalia (Donini et al., 2022).

Isso ajuda a construir uma descrição clínica mais precisa. Mas há uma diferença fundamental:



Um consenso de especialistas propõe critérios. Ele não valida um diagnóstico.

O próprio artigo classifica seu nível de evidência como nível V, opinião de comitê de especialistas, e reconhece que os critérios ainda precisam de validação empírica (Donini et al., 2022).

E há pesquisadores que questionam se precisamos de uma categoria independente.

Meule e Voderholzer (2021), em um artigo de opinião, argumentam que muitos sintomas chamados de ortorexia apresentam forte sobreposição com transtornos alimentares já reconhecidos. Os autores observaram, por exemplo, que escores de ortorexia em algumas amostras clínicas acompanharam busca pela magreza e insatisfação corporal e diminuíram durante tratamentos que não tinham a ortorexia como alvo específico. Para eles, isso coloca em dúvida se estamos observando uma síndrome independente ou uma expressão particular de psicopatologia alimentar (Meule & Voderholzer, 2021).

As revisões mais recentes não encerram essa disputa. A síntese de Moccia et al. (2025) encontrou associações entre medidas de ortorexia e sintomas de transtornos alimentares ($r = .36$), sintomas obsessivo-compulsivos ($r = .25$), exercício problemático ($r = .29$) e diferentes dimensões de perfeccionismo. As heterogeneidades, porém, foram muito altas, frequentemente próximas ou superiores a 90% (Moccia et al., 2025).

$r = .36$

sintomas de transtornos
alimentares

$r = .29$

exercício problemático

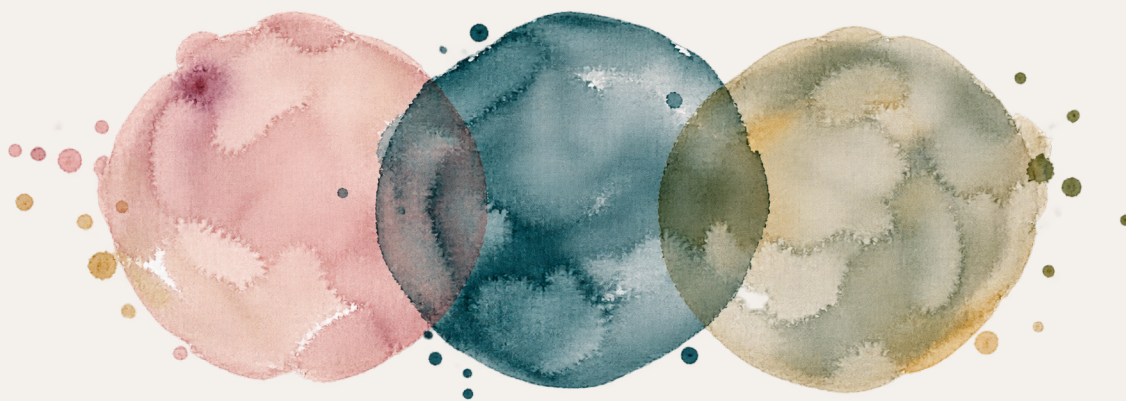
$r = .25$

sintomas obsessivo-
compulsivos

Essas correlações mostram **sobreposição**.

Não mostram que ortorexia seja “na verdade TOC”, nem que seja apenas outro nome para um transtorno alimentar.

E também não provam que se trate de uma terceira condição independente.



Então o que fazemos com o conceito?

Talvez a resposta mais útil, hoje, seja sustentar duas ideias ao mesmo tempo.

A primeira: **interesse por alimentação saudável não é psicopatologia**. Ler rótulos, preferir determinados alimentos, cozinhar, evitar alguns produtos ou seguir uma rotina alimentar não estabelecem, isoladamente, um transtorno.

A segunda: existem pessoas para quem regras relacionadas à alimentação considerada saudável se tornam rígidas, ocupam grande parte da vida, produzem sofrimento, interferem socialmente ou permanecem mesmo diante de consequências negativas.

O que fica, então, é uma descrição clínica utilizável e uma classificação ainda em disputa.

Treinar muito também não é diagnóstico

Um problema semelhante aparece quando tentamos entender exercício problemático.

“Treina todos os dias” é uma descrição de frequência.

Ela não informa, sozinha, se a pessoa pratica um esporte competitivo, se gosta da atividade, se está seguindo um planejamento específico ou se sente incapaz de reduzir o exercício mesmo quando está lesionada.

A própria literatura enfrenta dificuldades de nomenclatura.

Termos como **exercício excessivo, exercício compulsivo, exercício dirigido, dependência de exercício e exercise addiction** aparecem em estudos diferentes e não descrevem necessariamente o mesmo constructo.

Campbell et al. (2025), em uma revisão sistemática e meta-análise de 56 estudos com 21.518 pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares, precisaram construir uma definição ampla de *excessive exercise* para conseguir sintetizar a literatura. Nessa definição entravam elementos como rigidez, sensação de obrigação, interferência em atividades importantes, exercício em condições problemáticas, continuidade apesar de lesões e culpa quando a atividade precisava ser adiada (Campbell et al., 2025).

Essa evolução conceitual é interessante porque parte da pesquisa mais antiga dava muita atenção a intensidade, frequência e duração do exercício. Trabalhos posteriores passaram a investigar também **a relação psicológica da pessoa com a prática**.

Isso não torna quantidade irrelevante.

Torna quantidade insuficiente.

A diferença aparece de forma muito clara em uma meta-análise sobre exercício e sintomas de ortorexia. Strahler et al. (2021) reuniram 25 estudos, com 10.134 participantes. A associação entre medidas de ortorexia e exercício em sentido mais genérico foi pequena, $r = .12$. Quando os estudos avaliavam exercício aditivo ou problemático, a associação foi maior, $r = .29$ (Strahler et al., 2021).

DUAS PERGUNTAS DIFERENTES

exercício em sentido genérico

$r = .12$



exercício aditivo ou problemático

$r = .29$



Associação com sintomas de ortorexia. Strahler et al. (2021).

Isso não demonstra que compulsividade seja universalmente mais importante que frequência.

Mas mostra que essas duas perguntas não são intercambiáveis:

“Quanto você treina?”

e

“Como você se relaciona com a necessidade de treinar?”

A segunda pode revelar informações que a primeira não capta.

Exercício problemático e psicopatologia aparecem juntos

Campbell et al. (2025) estimaram que 48% das pessoas com transtornos alimentares nos estudos incluídos apresentavam exercício excessivo no momento avaliado e 63% relataram ocorrência ao longo da vida. As estimativas variaram entre diagnósticos e houve heterogeneidade elevada entre os estudos (Campbell et al., 2025).

O número não deve ser interpretado como “metade das pessoas que treinam muito tem transtorno alimentar”. A amostra já era composta por pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares.

Uma meta-análise ainda maior, com 79 estudos e mais de 40 mil participantes fisicamente ativos, encontrou associações entre medidas de *exercise addiction* e sintomas alimentares ($r = .33$), sintomas obsessivo-compulsivos ($r = .30$), depressão ($r = .30$), estresse ($r = .36$), ansiedade ($r = .27$) e perturbações de imagem corporal ($r = .27$) (Wang et al., 2026).

Mais uma vez, os índices de heterogeneidade ficaram extremamente altos, chegando a mais de 90% em vários desfechos. Os estudos também utilizavam instrumentos diferentes para definir exercício problemático (Wang et al., 2026).

Assim, a mensagem clínica não deveria ser:

“Exercício frequente é perigoso.”

Nem:

“Se a pessoa está fisicamente ativa, está tudo bem.”

A pergunta mais útil é como o exercício funciona naquela vida.

Quando o objetivo não é emagrecer, mas transformar a composição corporal

Boa parte da pesquisa histórica sobre transtornos alimentares foi construída em torno de comportamentos voltados à perda de peso e à magreza.

Isso pode deixar passar outras formas de controle alimentar.

A chamada **muscularity-oriented disordered eating**, ou MODE, refere-se a padrões alimentares organizados em torno da busca por muscularidade. Eles podem incluir alterações na quantidade de comida, controle de macronutrientes, estratégias para aumentar ingestão calórica ou proteica e períodos de redução alimentar para diminuir gordura corporal (Anderson & Linardon, 2024; Zhu et al., 2025).

A presença isolada desses comportamentos não estabelece psicopatologia.

Contar proteína, por exemplo, pode fazer parte de um planejamento esportivo sem produzir sofrimento ou prejuízo.



A pergunta é o que acontece quando esse controle alimentar começa a ocupar um lugar diferente.

Zhu et al. (2025) investigaram isso em 2.462 universitários do Canadá, Estados Unidos e Irã. Os pesquisadores avaliaram alimentação orientada à muscularidade, sintomas alimentares tradicionalmente associados à magreza e prejuízo clínico.

A associação entre MODE e prejuízo foi elevada na análise bivariada. Mais importante, mesmo depois de controlar restrição cognitiva, restrição alimentar, purgação, IMC, gênero e país, MODE explicou **11% de variância adicional no prejuízo clínico** (Zhu et al., 2025).

O resultado sugere que existe algo clinicamente relevante nesses padrões que não é completamente capturado por medidas tradicionais de alimentação orientada à magreza.

Não houve moderação significativa por gênero.

Esse dado é especialmente interessante porque a literatura sobre muscularidade costuma ser associada quase automaticamente aos homens.

Muscularidade também aparece na experiência de mulheres

Anderson e Linardon (2024) acompanharam 1.760 mulheres no início do estudo e 1.208 delas três meses depois. Todas as dimensões de imagem corporal examinadas no início, incluindo insatisfação, sobrevalorização, preocupação e menor apreciação corporal, predisseram mais MODE posteriormente em análises individuais.

Quando as variáveis foram analisadas conjuntamente, o resultado ficou mais específico.

Preocupação com peso e forma apareceu como o preditor positivo mais consistente, enquanto maior apreciação corporal apareceu como preditor negativo em algumas análises, embora esse segundo resultado não tenha permanecido robusto em todas as análises de sensibilidade (Anderson & Linardon, 2024).

Os efeitos únicos eram pequenos, e a amostra também não representava mulheres em geral. As participantes haviam sido recrutadas por uma plataforma psicoeducativa sobre alimentação transtornada, na qual sintomas alimentares eram relativamente frequentes.

O estudo, portanto, não demonstra que preocupação corporal “cause” alimentação orientada à muscularidade.

Mas estabelece uma ordem temporal que uma correlação transversal não oferece.

Também deixa claro que buscar muscularidade, definição e controle alimentar não é um fenômeno exclusivamente masculino.

Dismorfia muscular não é sinônimo de alimentação orientada à muscularidade

Outro cuidado conceitual fundamental é separar MODE de **dismorfia muscular**.

Uma pessoa pode modificar a alimentação para favorecer hipertrofia sem acreditar que seu corpo seja inadequadamente pequeno.

Pode desejar mais massa muscular sem apresentar sofrimento clinicamente significativo.

Pode organizar macros sem apresentar preocupação persistente com uma suposta falta de muscularidade.

A dismorfia muscular descreve algo diferente.

Historicamente, ela chegou a ser chamada de “anorexia reversa”. O termo surgiu quando pesquisadores observaram fisiculturistas muito musculosos que ainda se percebiam como pequenos ou insuficientemente musculosos. A expressão acabou abandonada à medida que o fenômeno passou a ser compreendido de maneira mais complexa (Cooper et al., 2020).

Atualmente, a discussão clínica envolve uma preocupação persistente com ser pouco musculoso ou pequeno, acompanhada de comportamentos relacionados e de sofrimento ou prejuízo significativo. Exercício intenso, alimentação voltada à muscularidade e uso de substâncias para modificar a aparência podem aparecer nesse contexto, mas nenhum deles isoladamente define dismorfia muscular.

Cooper et al. (2020) realizaram uma revisão sistemática e meta-analítica de 40 trabalhos para avaliar justamente a validade diagnóstica da dismorfia muscular.

Em comparação a controles, pessoas identificadas com dismorfia muscular apresentavam diferenças em imagem corporal, sintomas alimentares, exercício, sofrimento psicológico e outras áreas. Isso oferece suporte preliminar para a existência de uma **apresentação clínica reconhecível**, diferente simplesmente de querer ser mais musculoso (Cooper et al., 2020).

O problema aparece quando tentamos decidir onde colocá-la.

Os estudos não permitiram distinguir de forma convincente a dismorfia muscular de transtorno dismórfico corporal e transtornos alimentares em todos os validadores analisados. Perfil sintomático, vínculos familiares e resposta ao tratamento apresentavam sobreposições com ambos (Cooper et al., 2020).

Assim, os autores encontraram evidência preliminar de validade clínica, mas não evidência suficiente para determinar se a dismorfia muscular deveria ser compreendida como uma condição psiquiátrica independente.

Essa incerteza nosológica não equivale a dizer que o sofrimento observado seja incerto.

Significa que **reconhecer um padrão clínico e decidir qual é sua melhor classificação são perguntas diferentes.**



E a relação com transtornos alimentares?

Ela existe, mas não é uma equivalência.

Badenes-Ribera et al. (2019) combinaram 36 estimativas independentes e encontraram uma associação moderada entre sintomas de dismorfia muscular e sintomas de transtornos alimentares, $r = .36$. O tamanho dessa relação variou de acordo com a população estudada e os instrumentos utilizados para medir os dois constructos (Badenes-Ribera et al., 2019).

Isso significa que, em média, maiores sintomas de dismorfia muscular acompanham maior psicopatologia alimentar.

Não significa que sejam a mesma coisa.

E o fato de a associação variar conforme o instrumento mostra, mais uma vez, como **o que encontramos depende parcialmente do que decidimos medir e de como medimos**.

Magreza e muscularidade podem coexistir

Talvez seja tentador organizar esses fenômenos em uma divisão simples:

mulheres buscam magreza;
homens buscam músculos.

Os estudos recentes não sustentam bem essa divisão.

A aparência muscular frequentemente envolve dois objetivos ao mesmo tempo: aumentar determinado volume muscular e reduzir gordura para tornar essa musculatura mais visível. Para algumas pessoas, portanto, comportamentos voltados à magreza e à muscularidade não estão em lados opostos.

Eles podem ocorrer juntos.

Xiao et al. (2025) acompanharam 799 adultos chineses, 399 mulheres e 400 homens, durante seis meses. O estudo examinou relações entre insatisfação com gordura corporal, insatisfação com muscularidade, alimentação orientada à magreza e alimentação orientada à muscularidade.

Nas mulheres, apareceram relações prospectivas em ambas as direções entre alguns indicadores orientados à magreza e à muscularidade. Alimentação orientada à magreza no início predisse maior MODE posteriormente, e MODE inicial também predisse mais alimentação orientada à magreza. Insatisfação com muscularidade e alimentação orientada à magreza também apresentaram relações recíprocas.

Entre os homens, o padrão foi diferente. Indicadores orientados à muscularidade no início predisseram alguns desfechos orientados à magreza posteriormente, mas os caminhos inversos não foram significativos (Xiao et al., 2025).

É preciso cautela. O estudo tinha apenas duas ondas, utilizou instrumentos diferentes de insatisfação muscular para homens e mulheres e não conseguiu separar adequadamente diferenças entre pessoas de mudanças que ocorrem dentro de uma mesma pessoa. O próprio artigo afirma que relações causais não podem ser inferidas (Xiao et al., 2025).

O resultado que interessa aqui é mais modesto:

Busca por magreza e busca por muscularidade não são dimensões mutuamente exclusivas.

Isso também ajuda a compreender por que práticas como *bulking* e *cutting* não cabem muito bem numa visão de transtornos alimentares organizada apenas em torno de “comer menos para emagrecer”.

Durante um período de *bulking*, uma pessoa pode tentar aumentar ingestão para ganhar massa. Durante um *cutting*, reduzir a ingestão para diminuir gordura corporal. A existência desse ciclo não estabelece, por si só, psicopatologia.

O interesse clínico começa quando entendemos o lugar que o comportamento ocupa na vida daquela pessoa.



O comportamento isolado não responde...

Quatro descrições comuns e o que elas deixam em aberto.

“Treina seis vezes por semana.”

Isso informa frequência. Não responde:

- o que acontece emocionalmente quando o treino precisa ser cancelado;
- se a pessoa consegue descansar diante de lesão ou doença;
- se o exercício é utilizado de forma compensatória;
- se a rotina interfere de maneira importante em trabalho, estudo ou relações;
- quanto de obrigação existe na prática.



“Evita açúcar.”

Isso informa uma escolha alimentar. Não responde:

- por que essa regra existe;
- o que acontece quando a pessoa a quebra;
- se a regra limita progressivamente situações sociais;
- quanto rígida ela é;
- se há culpa, ansiedade ou necessidade de compensação;
- se existem consequências nutricionais ou funcionais.

“Conta proteína e macronutrientes.”

Isso descreve uma estratégia de controle alimentar. Não responde:

- quanto a aparência corporal participa daquela prática;
- se a pessoa consegue alterá-lo quando precisa;
- se está associado a sofrimento ou prejuízo.
- se o planejamento é flexível;
- se o comportamento ocupa grande quantidade de tempo;

“Quer ficar mais musculoso.”

Isso descreve um objetivo corporal. Não responde:

- quanto tempo a pessoa passa preocupada com uma suposta falta de muscularidade;
- se sua percepção corporal é acompanhada de sofrimento;
- o quanto sua autoavaliação depende desse objetivo;
- se existem comportamentos prejudiciais para tentar modificar o corpo.

Nenhuma dessas perguntas constitui um critério diagnóstico próprio. Elas apenas mostram por que a descrição externa do comportamento costuma deixar perguntas clínicas em aberto.

Então, o que realmente merece atenção?

Não existe uma fórmula capaz de separar automaticamente “disciplina” de psicopatologia.

Ainda assim, os estudos deste capítulo sugerem que algumas dimensões merecem investigação quando alimentação, exercício ou aparência começam a ocupar um lugar central na vida da pessoa.

Rigidez

A pessoa consegue adaptar a rotina quando as circunstâncias mudam ou precisa manter determinadas regras praticamente a qualquer custo?

Sufrimento

O que acontece quando a regra não pode ser cumprida?

Prejuízo funcional

Trabalho, estudo, vida social e relacionamentos começam a ser organizados ao redor da alimentação, treino ou aparência?

Compulsividade

A sensação de obrigação pode ser particularmente relevante no exercício.

Preocupação persistente

Aparece na literatura sobre muscularidade e nas propostas atuais de ortorexia.

Persistir apesar de consequências

Acrescenta uma informação que a frequência do comportamento não oferece.

O ponto não é transformar essas dimensões em um checklist universal. Os constructos discutidos neste capítulo não compartilham um único conjunto validado de critérios.

Mas elas podem aumentar a resolução da avaliação.

Na avaliação, vale ir além do “quanto”

Algumas perguntas clínicas podem ajudar:

- 01 O que esse comportamento representa ou faz por você?
- 02 O que costuma acontecer quando você não consegue seguir a rotina planejada?
- 03 Quanto tempo e espaço mental alimentação, treino ou aparência ocupam no seu dia?
- 04 Você consegue flexibilizar essas regras quando o contexto muda?
- 05 Já manteve alguma regra alimentar ou continuou treinando mesmo percebendo consequências físicas, emocionais ou sociais?
- 06 Alguma situação social, profissional ou afetiva começou a ser evitada porque interferiria na alimentação ou no treino?
- 07 Quando come de maneira diferente do planejado, surge necessidade de compensar de alguma forma?
- 08 Quanto a forma como você avalia a si mesmo depende de cumprir essas regras ou atingir determinada aparência?
- 09 O que significaria para você se seu corpo não mudasse da maneira que espera?

Essas perguntas **não formam um instrumento validado, não são critérios oficiais e não permitem estabelecer diagnóstico**. Elas servem para explorar aspectos que aparecem como clinicamente relevantes na literatura sobre rigidez alimentar, exercício problemático, muscularidade e prejuízo funcional.

O problema de medir antes de compreender

Há uma questão que atravessa praticamente todo este capítulo: alguns dos debates científicos não existem apenas porque pesquisadores têm teorias diferentes.

Às vezes, eles estão medindo coisas diferentes e usando o mesmo nome.

Isso é particularmente evidente na ortorexia. Estudos que utilizaram ORTO-15, DOS, EHQ e outros instrumentos chegaram a estimativas e correlações bastante diferentes. Ng et al. (2024) mostram que não existe, até o momento, um padrão-ouro capaz de definir com segurança quem apresenta ou não essa condição.

O mesmo acontece, em menor escala, com exercício. *Exercise addiction*, compulsive exercise, excessive exercise e exercise dependence compartilham elementos, mas não são necessariamente operacionalizados da mesma maneira.

E até na pesquisa sobre dismorfia muscular a escolha do instrumento modifica a magnitude da associação encontrada com psicopatologia alimentar (Badenes-Ribera et al., 2019).

Isso tem uma consequência prática simples:

Pontuação de escala não deve ser confundida automaticamente com diagnóstico.

Uma medida pode ser excelente para rastrear um fenômeno, quantificar sua intensidade ou gerar uma hipótese clínica e ainda assim não responder sozinha qual é a melhor formulação diagnóstica daquele caso.



O que ainda não sabemos

A ortorexia continua sendo a área mais incerta deste capítulo.

Ainda faltam critérios diagnósticos empiricamente validados, melhor validade discriminante em relação a transtornos alimentares e sintomas obsessivo-compulsivos, instrumentos com desempenho robusto em diferentes culturas e estudos clínicos longitudinais. Não sabemos, com segurança, se ortorexia constitui uma entidade independente ou se parte considerável dos casos é melhor explicada por transtornos já reconhecidos (Ng et al., 2024; Moccia et al., 2025).

Na literatura de exercício, ainda existe falta de consenso conceitual. O campo utiliza diferentes definições para excesso, dependência e compulsividade, o que dificulta comparar prevalência e prognóstico entre estudos. Grande parte da evidência continua transversal.

A pesquisa sobre MODE é mais recente. Temos dados de prejuízo funcional e alguns estudos prospectivos, mas ainda faltam trabalhos clínicos de longo prazo, critérios capazes de distinguir práticas esportivas flexíveis de padrões psicopatológicos e maior representação de populações fora de contextos universitários.

Na dismorfia muscular, a validade clínica parece melhor sustentada do que na ortorexia, mas sua posição diagnóstica permanece discutida. A literatura ainda não esclareceu completamente onde terminam as sobreposições com transtorno dismórfico corporal e transtornos alimentares (Cooper et al., 2020).

Também há um problema de diversidade.

Uma parte importante da pesquisa sobre muscularidade foi construída inicialmente a partir de homens. Estudos mais recentes mostram que MODE e preocupações com muscularidade também são relevantes em mulheres. Ao mesmo tempo, grande parte dessa literatura ainda utiliza amostras cisgênero, universitárias ou de conveniência.

Portanto, não parece adequado transformar os padrões observados nesses estudos em regras universais sobre gênero, esporte ou cultura.

Para levar deste capítulo, e do e-book

Uma pessoa pode comer menos porque perdeu o apetite, porque está com medo de ganhar peso ou porque determinadas texturas são difíceis de tolerar.

Pode treinar seis vezes por semana porque é atleta, porque adora treinar ou porque sente culpa intensa quando descansa.

Pode controlar proteína porque isso faz sentido dentro de um plano esportivo flexível ou porque toda a sua rotina e autoavaliação passaram a depender de atingir determinada aparência.

Pode comer de uma forma considerada extremamente “saudável” e estar bem.

Pode fazer praticamente as mesmas escolhas alimentares e estar vivendo uma relação rígida, angustiante e progressivamente limitada com a comida.

É por isso que psicopatologia raramente pode ser inferida apenas pela aparência de um comportamento.

Ao longo deste e-book, fenômenos muito diferentes acabaram levando a um problema clínico parecido: **aquilo que vemos primeiro nem sempre explica aquilo que está acontecendo.**

A boa avaliação precisa ir além da primeira descrição.

Além do peso atual.

Além do número de alimentos aceitos.

Além da quantidade de horas nas redes.

Além da frequência de treino.

Além do fato de uma pessoa estar ou não utilizando determinada medicação.

Neste capítulo, a conclusão não é que intensidade, frequência ou aparência do comportamento sejam irrelevantes.

Elas fazem parte da informação.

Só não respondem tudo.

Quando alimentação, exercício e corpo entram no consultório, compreender **contexto, trajetória, rigidez, sofrimento, prejuízo e aquilo que mantém o comportamento** costuma produzir uma pergunta clínica melhor do que decidir rapidamente se algo “parece saudável” ou “parece transtornado”.

E talvez essa seja uma boa ideia para terminar o material inteiro:

Antes de explicar um comportamento, vale ter certeza de que ainda não estamos apenas descrevendo sua aparência.



Referências

- Anderson, C., & Linardon, J. (2024). Body image facets as predictors of muscularity-oriented disordered eating in women: Findings from a prospective study. *Body Image*, 51, 101805. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2024.101805>
- Badenes-Ribera, L., Rubio-Aparicio, M., Sánchez-Meca, J., Fabris, M. A., & Longobardi, C. (2019). The association between muscle dysmorphia and eating disorder symptomatology: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(3), 351–371. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.44>
- Campbell, C., Greig, X., Griffiths, J., Hashman, D., Sottile, T., Isobe, M., Bahji, A., Dimitropoulos, G., & Devoe, D. (2025). The prevalence of excessive exercise in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *European Eating Disorders Review*, 33, 1005–1016. <https://doi.org/10.1002/erv.3194>
- Cooper, M., Eddy, K. T., Thomas, J. J., Franko, D. L., Carron-Arthur, B., Keshishian, A. C., & Griffiths, K. M. (2020). Muscle dysmorphia: A systematic and meta-analytic review of the literature to assess diagnostic validity. *International Journal of Eating Disorders*, 53, 1583–1604. <https://doi.org/10.1002/eat.23349>
- Donini, L. M., Barrada, J. R., Barthels, F., Dunn, T. M., Babeau, C., Brytek-Matera, A., Cena, H., Cerolini, S., Cho, H.-H., Coimbra, M., Cuzzolaro, M., Ferreira, C., Galfano, V., Grammatikopoulou, M. G., Hallit, S., Håman, L., Hay, P., Jimbo, M., Lasson, C., ... Lombardo, C. (2022). A consensus document on definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27, 3695–3711. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01512-5>
- Meule, A., & Voderholzer, U. (2021). Orthorexia nervosa: It is time to think about abandoning the concept of a distinct diagnosis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 640401. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.640401>
- Moccia, L., Anesini, M. B., Callovin, T., Janiri, D., Policola, C., Cintoni, M., Focà, F., Kotzalidis, G. D., Conti, F., Bandettini Di Poggio, A., Camardese, G., & Sani, G. (2025). Understanding orthorexia nervosa: A systematic review of meta-analytical findings. *Current Nutrition Reports*, 14, 126. <https://doi.org/10.1007/s13668-025-00714-4>
- Ng, Q. X., Lee, D. Y. X., Yau, C. E., Han, M. X., Liew, J. J. L., Teoh, S. E., Ong, C., Yaow, C. Y. L., & Chee, K. T. (2024). On orthorexia nervosa: A systematic review of reviews. *Psychopathology*, 57, 345–358. <https://doi.org/10.1159/000536379>
- Strahler, J., Wachten, H., & Mueller-Alcazar, A. (2021). Obsessive healthy eating and orthorexic eating tendencies in sport and exercise contexts: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 10(3), 456–470. <https://doi.org/10.1556/2006.2021.00004>
- Wang, X., Yang, X., Tao, T., Dong, D., & Yu, D. (2026). The association between exercise addiction and mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 393, 120026. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120026>
- Xiao, Y., Barnhart, W. R., Wu, S., Jiang, Z., Nagata, J. M., & He, J. (2025). Exploring longitudinal associations between thinness- and muscularity-oriented eating and body image disturbances in Chinese adult women and men. *Body Image*, 54, 101933. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2025.101933>
- Zhu, L. Y., Breddy, T. N., Sahlan, R. N., Blomquist, K. K., & Bodell, L. P. (2025). Beyond thinness: The contribution of muscularity-oriented disordered eating to clinical impairment across cultures. *Eating Behaviors*, 57, 101973. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2025.101973>

