

ESTRATÉGIAS NUTRICIONAIS PARA CONTROLE E PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE REALIMENTAÇÃO EM PACIENTES COM ANOREXIA NERVOSA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

NUTRITIONAL STRATEGIES FOR THE CONTROL AND PREVENTION OF REFEEDING SYNDROME IN PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA: A SYSTEMATIC REVIEW

ESTRATEGIAS NUTRICIONALES PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVOSA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Anna Clara Fialho da Paixão¹

Lívia Gallo Nieniskis²

Lucas da Silva Saúde³

RESUMO: Este estudo realiza uma revisão sistemática sobre estratégias nutricionais para controle e prevenção da síndrome de realimentação (SRS) em pacientes com anorexia nervosa (AN). A pesquisa seguiu as diretrizes PRISMA, com buscas nas bases PubMed, SciELO, BVS e LILACS, abrangendo artigos de 2015 a 2025 em português, inglês e espanhol, resultando na análise de 24 estudos variados, como ensaios clínicos, coortes e consensos. A literatura revela que protocolos conservadores iniciais (1.000-1.200 kcal/dia, progressão lenta) minimizam riscos em desnutrição grave, mas protocolos mais agressivos (1.400-2.000 kcal/dia) aceleram ganho ponderal em casos leves a moderados, com monitorização rigorosa de eletrólitos como fósforo, potássio e magnésio, reduzindo tempo de internação sem elevar SRS. A via oral é preferencial para reabilitação alimentar, mas enteral por sonda é eficaz em recusa ou alto risco; dietas com menor carga de carboidratos e maior lipídios atenuam hipofosfatemia. A revisão conclui pela individualização das estratégias, priorizando correção eletrolítica prévia e vigilância, para equilibrar eficácia e segurança no manejo holístico da AN.

I

Palavras-chave: Anorexia Nervosa. Síndrome de Realimentação. Estratégias Nutricionais. Realimentação. Hipofosfatemia.

ABSTRACT: This study conducts a systematic review of nutritional strategies for the control and prevention of refeeding syndrome (RFS) in patients with anorexia nervosa (AN). The research followed the PRISMA guidelines, with searches in the PubMed, SciELO, BVS, and LILACS databases, encompassing articles from 2015 to 2025 in Portuguese, English, and Spanish, resulting in the analysis of 24 varied studies, such as clinical trials, cohorts, and consensus statements. The literature reveals that initial conservative protocols (1,000-1,200 kcal/day, slow progression) minimize risks in severe malnutrition, but more aggressive protocols (1,400-2,000 kcal/day) accelerate weight gain in mild to moderate cases, with rigorous monitoring of electrolytes such as phosphorus, potassium, and magnesium, reducing hospitalization time without increasing RFS. The oral route is preferred for nutritional rehabilitation, but enteral feeding via tube is effective in refusal or high risk; Diets with lower carbohydrate and higher lipid content attenuate hypophosphatemia. The review concludes that strategies should be individualized, prioritizing prior electrolyte correction and monitoring, to balance efficacy and safety in the holistic management of anorexia nervosa.

Keywords: Anorexia Nervosa. Refeeding Syndrome. Nutritional Strategies. Refeeding. Hypophosphatemia.

¹ Acadêmica de Medicina na Faculdade Atenas de Porto Seguro.

² Acadêmica de Psicologia no Centro Universitário São Camilo.

³ Orientador. Docente na Faculdade Atenas de Porto Seguro.

RESUMEN: Este estudio realiza una revisión sistemática de estrategias nutricionales para el control y prevención del síndrome de realimentación (SR) en pacientes con anorexia nerviosa (AN). La investigación siguió las directrices PRISMA, con búsquedas en las bases de datos PubMed, SciELO, BVS y LILACS, abarcando artículos de 2015 a 2025 en portugués, inglés y español, lo que resultó en el análisis de 24 estudios variados, tales como ensayos clínicos, cohortes y declaraciones de consenso. La literatura revela que los protocolos conservadores iniciales (1000-1200 kcal/día, progresión lenta) minimizan los riesgos en la desnutrición grave, pero los protocolos más agresivos (1400-2000 kcal/día) aceleran el aumento de peso en casos leves a moderados, con un control riguroso de electrolitos como fósforo, potasio y magnesio, reduciendo el tiempo de hospitalización sin aumentar el SR. La vía oral es la preferida para la rehabilitación nutricional, pero la alimentación enteral por sonda es efectiva en caso de rechazo o alto riesgo; Las dietas con menor contenido de carbohidratos y mayor contenido de lípidos atenúan la hipofosfatemia. La revisión concluye que las estrategias deben individualizarse, priorizando la corrección y el control de los electrolitos, para lograr un equilibrio entre eficacia y seguridad en el manejo integral de la anorexia nerviosa.

Palabras clave: Anorexia nerviosa. Síndrome de realimentación. Estrategias nutricionales. Realimentación. Hipofosfatemia.

1 INTRODUÇÃO

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar complexo, marcado por restrição alimentar persistente, medo intenso de ganho de peso e distorção da imagem corporal, que repercute de forma profunda sobre a saúde física, psíquica e social dos indivíduos acometidos (Vázquez Arévalo et al., 2015). Ao longo do curso da doença, é comum a instalação de quadros de desnutrição importantes, com perda ponderal acentuada e comprometimento funcional, o que contribui para que a AN esteja entre os transtornos psiquiátricos com maior mortalidade (Nobre et al., 2024). Esse cenário exige um cuidado contínuo, estruturado e multiprofissional, no qual a abordagem nutricional tem papel central na recuperação clínica e na redução de riscos.

As repercussões orgânicas da AN envolvem diferentes sistemas, com destaque para alterações cardiovasculares, endócrinas, gastrointestinais, hematológicas e ósseas, associadas ao estado de desnutrição prolongada (Nobre et al., 2024). Complicações como bradicardia, hipotensão, distúrbios de condução cardíaca, osteopenia e alterações eletrolíticas são descritas com frequência em pacientes com maior gravidade e tempo de doença (Morales Allende, Galván Sánchez, 2021). Diante desse quadro, a avaliação nutricional sistemática, articulada a critérios diagnósticos atualizados, torna-se fundamental para orientar decisões sobre necessidade de internação, nível de monitorização e estratégias de realimentação.

Nesse contexto, a realimentação nutricional é um marco do tratamento da anorexia nervosa, por ser o momento em que se busca reverter o estado catabólico, recuperar o peso corporal e restabelecer a estabilidade clínica. O processo, porém, não é isento de riscos. A transição de um estado de privação energética para um aporte calórico mais elevado promove mudanças rápidas no metabolismo de glicose e eletrólitos, podendo desencadear complicações

metabólicas relevantes quando não há planejamento e monitorização adequados (Garber et al., 2016). Esse equilíbrio delicado entre necessidade de recuperação ponderal e segurança metabólica é um dos maiores desafios práticos no manejo nutricional da AN.

A síndrome de realimentação (SRS) emerge, nesse cenário, como uma das complicações mais temidas do processo de reabilitação nutricional. Ela se caracteriza por um conjunto de alterações metabólicas e hidroeletrolíticas, sobretudo hipofosfatemia, associadas a distúrbios de potássio e magnésio, além de modificações da homeostase glicêmica e da distribuição de fluidos (Ramos, 2020; Ponzo et al., 2021). Em pacientes com anorexia nervosa, especialmente aqueles com desnutrição grave ou perda de peso rápida, esses desequilíbrios podem favorecer arritmias, insuficiência cardíaca, instabilidade hemodinâmica e disfunções neurológicas, com potencial desfecho fatal (Lopes, 2015; Skowrońska et al., 2019). Casos clínicos e relatos em adolescentes e adultos ilustram como a reintrodução inadequadamente conduzida de nutrientes pode desencadear deterioração aguda em pacientes já vulneráveis (Morales Allende, Galván Sánchez, 2021).

Historicamente, o temor da SRS levou à adoção de protocolos muito conservadores de realimentação, pautados em aportes calóricos iniciais baixos e progressão lenta, sobretudo em internações hospitalares. Diretrizes mais antigas e práticas consolidadas recomendavam começar baixo e ir devagar, buscando minimizar o risco de hipofosfatemia e de complicações metabólicas em pacientes gravemente desnutridos (Lopes, 2015; Ramos, 2020). Entretanto, essa abordagem, quando aplicada de forma rígida e indistinta a diferentes perfis de AN, passou a ser questionada por favorecer ganho ponderal lento, prolongar o tempo de hospitalização e retardar a estabilização clínica (Garber et al., 2016; Felix, 2025). Essa crítica deu origem à discussão sobre um possível “subtratamento” energético em determinados contextos, com impacto direto nos custos e no sofrimento do paciente.

Nos últimos anos, estudos observacionais, ensaios clínicos e revisões têm sugerido que, em pacientes com AN com desnutrição leve a moderada, iniciar a realimentação com aportes calóricos mais elevados, associados a monitorização clínica e laboratorial rigorosa, pode ser uma estratégia segura e mais eficiente em termos de recuperação de peso (Maginot et al., 2017; Haas et al., 2021).

Protocolos que utilizam valores em torno de 1.400 a 2.000 kcal/dia, com incrementos programados e vigilância estreita de fósforo e outros eletrólitos, mostraram ganho ponderal mais rápido e menor tempo de internação, sem aumento consistente de eventos compatíveis com SRS quando há correção oportuna de distúrbios metabólicos (Haas et al., 2021).

Paralelamente, consensos e revisões nacionais e internacionais reforçam a necessidade de individualizar a conduta conforme o grau de desnutrição, a presença de comorbidades e o contexto assistencial (Cuerda et al., 2019).

Além da quantidade de calorias, aspectos qualitativos da dieta e a escolha da via de administração também têm sido investigados como possíveis moduladores do risco de SRS. Estudos recentes indicam que dietas com menor proporção de carboidratos e maior teor de lipídios podem reduzir a incidência de hipofosfatemia sem comprometer o ganho ponderal, sugerindo que a composição de macronutrientes é um componente relevante da estratégia de realimentação segura (Felix, 2025). Do mesmo modo, revisões sobre nutrição enteral em AN apontam que a alimentação por sonda nasogástrica pode promover ganho de peso semelhante ou superior à via oral exclusiva, com perfil de segurança comparável quando acompanhada de protocolos claros de monitorização e, em muitos serviços, uso profilático de fosfato (Dhopatkar et al., 2025; Rizzo et al., 2019). Essas evidências reforçam a ideia de que a prevenção da SRS não depende apenas de quantas calorias se oferece, mas de como e com que composição essas calorias são administradas.

Apesar dos avanços, a literatura ainda apresenta lacunas importantes. Persistem dúvidas sobre qual combinação de taxa calórica inicial, velocidade de progressão, composição da dieta, via de alimentação e suplementação eletrolítica oferece melhor equilíbrio entre eficácia e segurança em diferentes perfis de pacientes com anorexia nervosa, incluindo crianças, adolescentes, adultos e indivíduos com desnutrição extrema. A heterogeneidade dos estudos, a diversidade de protocolos e a falta de padronização de critérios diagnósticos para SRS dificultam a comparação direta dos resultados e a elaboração de recomendações robustas para a prática clínica (Felix, 2025).

Diante da gravidade da AN, do potencial desfecho fatal da síndrome de realimentação e da variedade de abordagens nutricionais descritas na literatura, torna-se fundamental organizar esse conhecimento de forma criteriosa. Assim, o presente estudo tem como objetivo realizar uma revisão sistemática, seguindo as diretrizes PRISMA, para identificar e analisar estratégias nutricionais utilizadas na realimentação de pacientes com anorexia nervosa, incluindo protocolos calóricos, composição da dieta, vias de administração, suplementação eletrolítica e monitorização bioquímica, com foco específico na prevenção da síndrome de realimentação e na obtenção de desfechos clínicos seguros.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, conduzida com base em uma pergunta norteadora estruturada pelo modelo PICO, com foco em estratégias nutricionais para prevenção da síndrome de realimentação em pacientes com anorexia nervosa. A condução e a apresentação do estudo seguiram as diretrizes da declaração PRISMA 2020, contemplando o checklist de itens recomendados e o uso do fluxograma para relatar o fluxo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos.

A elaboração do protocolo metodológico considerou previamente a definição da população de interesse (pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa), das intervenções (estratégias nutricionais de realimentação), dos comparadores (protocolos convencionais ou realimentação sem monitoramento intensivo) e dos desfechos (prevenção da síndrome de realimentação, hipofosfatemia e complicações metabólicas relacionadas). Essa estrutura orientou todas as etapas de busca, seleção e síntese dos artigos.

A busca bibliográfica foi realizada de forma sistemática nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e LILACS como fonte complementar. A seleção dessas bases teve como objetivo abarcar tanto a literatura internacional quanto a produção científica latino-americana e ibero-americana, relevantes para o tema da anorexia nervosa e do risco de síndrome de realimentação.

5

Foram considerados artigos publicados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2025, em português, inglês e espanhol, com texto completo disponível. Esse recorte temporal foi definido para priorizar evidências mais recentes e alinhadas às atualizações diagnósticas do DSM-5 e às diretrizes contemporâneas de manejo nutricional em anorexia nervosa. Trabalhos anteriores a esse período foram eventualmente consultados para contextualização teórica, mas não integraram a amostra final da revisão.

Os descritores e termos livres foram selecionados a partir dos vocabulários controlados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH), bem como de palavras-chave recorrentes na literatura sobre o tema. Em português, foram empregados, entre outros, os termos: “anorexia nervosa”, “realimentação”, “síndrome de realimentação”, “estratégias nutricionais”, “hipofosfatemia”, “nutrição enteral” e “suplementação eletrolítica”. Em inglês, utilizaram-se “anorexia nervosa”, “refeeding”, “refeeding syndrome”, “nutritional strategies”, “hypophosphatemia”, “enteral nutrition”, “nutritional support” e “refeeding protocol”.

Quanto aos descritores DeCS, foram empregados: “Anorexia Nervosa”, “Síndrome de realimentação”, “Nutrição enteral”, “Hipofosfatemia” e “Transtornos da Alimentação”. Nos descritores MeSH, utilizaram-se: “Anorexia Nervosa”, “Refeeding Syndrome”, “Enteral Nutrition”, “Hypophosphatemia” e “Nutritional Support”. A combinação entre descritores e termos livres foi realizada por meio de operadores booleanos, utilizando-se AND para a interseção entre os conceitos centrais (por exemplo, anorexia nervosa AND refeeding syndrome AND nutritional strategies) e OR para agrupar sinônimos e variações terminológicas (por exemplo, “refeeding syndrome” OR “síndrome de realimentação”). A seguir, no Quadro 1 apresenta-se as principais estratégias de busca utilizadas em cada base de dados, incluindo os campos pesquisados e os filtros aplicados.

Quadro 1 - Estratégias de busca e strings utilizadas nas bases de dados

Base de dados	Estratégia de busca (string principal)	Campos pesquisados	Filtros aplicados
PubMed/MEDLINE	(“Anorexia Nervosa”[Mesh] OR “anorexia nervosa”[Title/Abstract]) AND (“Refeeding Syndrome”[Mesh] OR “refeeding syndrome” OR “síndrome de realimentação”) AND (“refeeding” OR “nutritional rehabilitation” OR “nutritional support” OR “refeeding protocol”)	MeSH Terms; Title/Abstract	Período: 2015–2025; Idiomas: inglês, português, espanhol; Tipo de publicação: artigos com texto completo disponível
SciELO	(“anorexia nervosa” OR “transtornos da alimentação”) AND (“realimentação” OR “refeeding”) AND (“síndrome de realimentação” OR “hipofosfatemia”)	Título; Resumo; Palavras-chave	Período: 2015–2025; Idiomas: português, espanhol, inglês; Tipo de documento: artigos científicos
BVS/LILACS	(“Anorexia Nervosa” OR “anorexia nervosa”) AND (“refeeding” OR “realimentação”) AND (“Síndrome de realimentação” OR “Refeeding Syndrome” OR “Hipofosfatemia” OR “Hypophosphatemia”) AND (“Nutrição enteral” OR “Enteral Nutrition” OR “Nutritional Support”)	Título; Resumo; Assunto	Período: 2015–2025; Idiomas: português, espanhol, inglês; Tipo de estudo: ensaios clínicos, estudos observacionais, revisões

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Período de publicação, idiomas elegíveis, tipo de desenho metodológico e foco temático foram definidos previamente, de forma a garantir consistência com a pergunta norteadora e com o recorte temporal da revisão. Foram considerados elegíveis os estudos publicados entre 1º de janeiro de 2015 e 31 de dezembro de 2025, em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra nas bases selecionadas. Esse recorte visou contemplar a literatura mais recente, alinhada ao DSM-5 e às atualizações contemporâneas em manejo nutricional da anorexia nervosa e da

síndrome de realimentação, excluindo-se publicações anteriores, que foram utilizadas apenas para contextualização teórica quando necessário.

Quanto à população e ao contexto clínico, foram incluídos estudos que investigassem pacientes com diagnóstico de anorexia nervosa, conforme critérios do DSM-5 ou sistemas equivalentes, abrangendo diferentes faixas etárias e incluindo, quando explicitamente descrito, casos de anorexia nervosa atípica diretamente relacionados ao processo de realimentação. Foram aceitos estudos conduzidos em ambiente hospitalar, ambulatorial ou em serviços especializados em transtornos alimentares, desde que houvesse descrição clara das estratégias nutricionais adotadas e dos desfechos metabólicos observados. Estudos focados exclusivamente em outros transtornos alimentares, sem análise específica de anorexia nervosa, não foram considerados elegíveis.

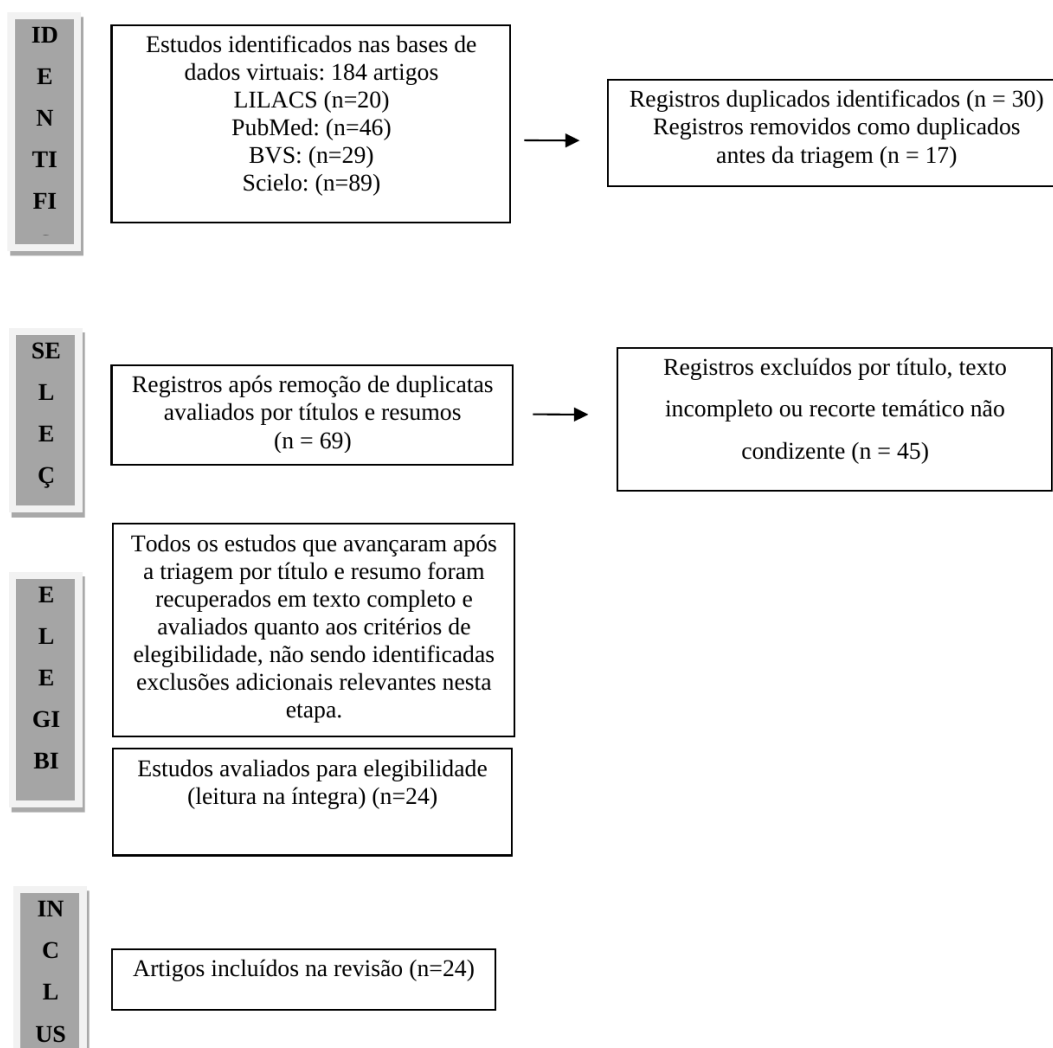
No que se refere ao objeto de análise, foram incluídos trabalhos que abordassem, de maneira explícita, estratégias nutricionais de realimentação em pacientes com anorexia nervosa, com foco na prevenção, manejo ou relato de síndrome de realimentação, hipofosfatemia ou outras complicações metabólicas diretamente associadas à reintrodução de nutrientes. Foram considerados pertinentes protocolos de realimentação com diferentes aportes calóricos iniciais e ritmos de progressão, intervenções baseadas na composição da dieta, comparações entre vias de administração (oral, enteral ou combinações) e abordagens que envolvessem suplementação eletrolítica e monitorização bioquímica. Estudos que apenas descreviam aspectos gerais do tratamento nutricional da anorexia nervosa, sem detalhar a etapa de realimentação ou os desfechos metabólicos, foram excluídos.

Em relação aos delineamentos metodológicos, foram elegíveis ensaios clínicos randomizados e não randomizados, estudos observacionais de coorte, caso-controle, retrospectivos ou prospectivos, bem como revisões sistemáticas, metanálises, revisões de escopo, consensos clínicos, protocolos institucionais e relatos de caso que apresentassem descrição minuciosa da intervenção nutricional e dos desfechos relacionados à síndrome de realimentação. Trabalhos classificáveis como editoriais, cartas ao editor sem dados clínicos, opiniões, resumos simples de congresso, trabalhos acadêmicos não publicados em periódicos científicos e outros documentos de natureza não científica foram excluídos da síntese.

Do ponto de vista da disponibilidade e da qualidade mínima das informações, apenas artigos com texto completo acessível nas bases de dados selecionadas foram incluídos na revisão sistemática. Estudos duplicados entre diferentes bases foram identificados e removidos durante a fase inicial de organização dos registros, de forma a evitar contagem em duplicidade e

distorções na análise. Quando, após a leitura de título, resumo e texto completo, verificou-se que o estudo não atendia de forma clara aos critérios de população, intervenção ou desfechos definidos, o artigo foi excluído, registrando-se as razões para essa decisão para posterior apresentação no fluxograma PRISMA e na descrição do processo de seleção.

Fluxograma 1: Etapas da revisão de literatura



Fonte: Elaborado pela autora (2026).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização geral dos estudos incluídos

Os estudos incluídos nesta revisão sistemática abarcam diferentes delineamentos, indo de ensaios clínicos e coortes observacionais até consensos de especialistas, revisões narrativas, revisões integrativas e relatos de caso, refletindo a complexidade do manejo nutricional da

anorexia nervosa em diferentes contextos assistenciais (Garber et al., 2016; Campos Del Portillo et al., 2024; Dhopatkar et al., 2025). Esses trabalhos envolvem predominantemente adolescentes e adultos jovens com diagnóstico de anorexia nervosa, muitas vezes em quadros de desnutrição moderada a grave, mas também incluem descrições de anorexia nervosa extrema e formas atípicas diretamente relacionadas ao risco de síndrome de realimentação (Morales Allende; Galván Sánchez, 2021; Skowrońska; Sójta; Strzelecki, 2019; Haas et al., 2021).

Do ponto de vista geográfico, observa-se predominância de estudos europeus, norte-americanos e australianos, com menor, porém relevante, contribuição de produções ibero-americanas e brasileiras, sobretudo na forma de revisões e relatos de caso voltados à contextualização clínica da síndrome de realimentação (Lopes, 2015; Ramos, 2020; Inácio; da Silva Ferreira; Marchesi, 2018; Melo et al., 2015).

Em paralelo, trabalhos teóricos e de revisão ampliam o enquadramento diagnóstico e conceitual da anorexia nervosa, discutindo critérios do DSM-5, gravidade, comorbidades e instrumentos de avaliação, o que é fundamental para interpretar o risco nutricional de base (Vázquez Arévalo et al., 2015; Machado; Grilo; Crosby, 2017; Rivas-Moya; Reyes-Martin, 2021; Nobre et al., 2024). Essa heterogeneidade metodológica e clínica explica parte da variação encontrada nas estratégias de realimentação e na definição de desfechos relacionados à síndrome de realimentação.

3.2 Estratégias nutricionais e protocolos de realimentação

3.2.1 Aporte calórico inicial e velocidade de progressão

Historicamente, o manejo nutricional da anorexia nervosa foi fortemente pautado por protocolos conservadores, baseados em baixos aportes calóricos iniciais e progressão lenta, com o objetivo de minimizar o risco de síndrome de realimentação (Lopes, 2015; Ramos, 2020). Nesse modelo, recomenda-se frequentemente iniciar a dieta com valores em torno de 1.000 a 1.200 kcal/dia ou menos, com aumentos graduais de 200 kcal a cada 48 horas, sobretudo em pacientes com desnutrição importante (Garber et al., 2016; Ponzo et al., 2021).

Entretanto, revisões sistemáticas e estudos clínicos comparativos têm questionado a adequação dessas condutas para todos os perfis de pacientes. Garber et al. (2016) demonstram que, em adolescentes e adultos jovens com desnutrição leve a moderada, protocolos muito restritivos tendem a resultar em ganho ponderal aquém do esperado e maior tempo de internação, inclusive com risco de um “subtratamento” energético que posterga a recuperação clínica.

Da mesma forma, Haas et al. (2021) e Maginot et al. (2017) descrevem que abordagens iniciando com valores entre aproximadamente 1.400 e 2.000 kcal/dia, com incrementos programados mais rápidos, estão associadas a taxas de ganho em torno de 1–2 kg/semana, redução do tempo de hospitalização e recuperação mais ágil da estabilidade hemodinâmica, sem aumento consistente de eventos compatíveis com síndrome de realimentação quando há monitorização laboratorial rigorosa (Haas et al., 2021; Maginot et al., 2017).

Por outro lado, em pacientes com desnutrição extrema ou longa duração da doença, estudos e relatos de caso reforçam a necessidade de maior cautela. Skowrońska, Sójta e Strzelecki (2019) descrevem quadros de síndrome de realimentação manifestados em poucos dias após a reintrodução calórica, ressaltando que o risco é especialmente elevado quando há IMC muito baixo, alterações eletrolíticas prévias e rápida elevação do aporte energético.

De maneira semelhante, Lopes (2015) observa que, em crianças e adolescentes atendidos em serviço especializado, a adoção de condutas conservadoras, com progressão lenta das calorias, associada à correção eletrolítica prévia, permitiu estabilização clínica sem ocorrência de síndrome de realimentação, ainda que com ganho de peso mais gradual. Esses achados sustentam a necessidade de individualizar o ponto de partida calórico conforme o grau de desnutrição e a reserva fisiológica de cada paciente (Garber et al., 2016; Haas et al., 2021; Lopes, 2015).

3.2.2 Via de administração: oral, enteral e combinações

A escolha da via de administração da dieta é outro eixo central das estratégias nutricionais. Em linhas gerais, a realimentação oral com alimentos é descrita como abordagem de primeira escolha, por favorecer a reabilitação da relação com o alimento, a autonomia alimentar e a transição para o seguimento ambulatorial (Inácio; da Silva Ferreira; Marchesi, 2018; Cuerda; Vasiloglou; Arhip, 2019). Contudo, quando há recusa alimentar persistente, risco nutricional muito elevado ou necessidade de ganho ponderal mais rápido, vários estudos relatam o uso de nutrição enteral por sonda nasogástrica, seja de forma exclusiva nas primeiras 24–72 horas, seja como suplemento noturno em associação às refeições orais (Garber et al., 2016; Koerner et al., 2020; Commentz Abarza et al., 2023).

A revisão de Dhoptkar et al. (2025) mostra que a nutrição enteral por sonda em pacientes com anorexia nervosa e anorexia nervosa atípica está associada a ganho de peso igual ou superior à via oral exclusiva, com perfil de segurança semelhante em termos de parâmetros de síndrome de realimentação, especialmente quando se utiliza suplementação profilática de

fosfato em pacientes de alto risco. Resultados de coortes em unidades especializadas sugerem que o uso de sonda, particularmente em esquema contínuo ou noturno, permite atingir metas calóricas mais altas sem prolongar a internação, embora possa intensificar o sofrimento subjetivo e a percepção de coerção se não houver abordagem psicossocial adequada (Koerner et al., 2020; Dhopatkar et al., 2025).

Do ponto de vista da prevenção da síndrome de realimentação, os achados convergem para a ideia de que o risco metabólico decorre menos da via de administração em si e mais da combinação entre carga calórica, velocidade de progressão, grau de desnutrição e manejo eletrolítico. Ramos (2020) e Ponzo et al. (2021) ressaltam que tanto dietas orais quanto enterais podem desencadear SRS se forem introduzidas de forma abrupta em indivíduos gravemente desnutridos, sem correção prévia de eletrólitos e sem monitorização seriada. Nesse sentido, a via enteral deve ser compreendida como ferramenta para garantir metas calóricas e não como fator de risco isolado, desde que inserida em protocolo abrangente de avaliação e acompanhamento.

Apesar de ser considerada a via preferencial, a realimentação oral na anorexia nervosa é profundamente modulada por fatores psicopatológicos que comprometem a adesão ao plano alimentar. Estudos apontam que muitas pacientes apresentam elevada ansiedade antecipatória nas situações de refeição, caracterizada por aumento da apreensão e do medo já no período que antecede o ato de comer, o que se associa a menor ingestão calórica e maior dificuldade em consumir alimentos propostos pelos planos nutricionais (Lloyd et al., 2021). Essa ansiedade pré-prandial tende a intensificar-se diante de alimentos percebidos como mais “engordativos” ou com maior densidade energética, reforçando padrões de restrição seletiva e de evitamento alimentar mesmo quando há orientação estruturada para a via oral.

Nesse contexto, crenças disfuncionais sobre peso, forma corporal e efeitos imediatos dos alimentos sobre o corpo contribuem para que itens energéticos, como preparações ricas em gorduras ou carboidratos concentrados, sejam vivenciados como ameaçadores, desencadeando respostas de medo e culpa que interferem diretamente na capacidade de consumir porções adequadas durante as refeições (Lloyd et al., 2021; Melles; Jansen, 2024). A via oral, embora mais alinhada à reabilitação da relação com o alimento, acaba sendo o cenário privilegiado no qual esses conflitos cognitivos e emocionais se manifestam, o que ajuda a explicar porque, em muitos casos, metas energéticas teoricamente factíveis não se concretizam na prática clínica.

Além da dimensão cognitiva e emocional, há evidências de alterações na interocepção em pessoas com anorexia nervosa, isto é, na capacidade de perceber e interpretar sinais internos

do corpo, como fome, saciedade e sensações viscerais. Em um estudo experimental, Khalsa et al. (2015) avaliaram mulheres com anorexia, já fora do estado de desnutrição aguda, por meio de infusões intravenosas de isoproterenol, uma substância que aumenta transitoriamente frequência cardíaca e respiração, comparando-as a mulheres sem transtornos alimentares. As participantes receberam doses aleatórias de isoproterenol e de solução salina antes e depois de uma refeição padronizada de 1000 calorias, enquanto registravam em tempo real, com um dial, a intensidade com que percebiam seus batimentos cardíacos e a respiração, além de fazerem avaliações retrospectivas de palpitações, falta de ar e do desconforto sentido.

Os mesmos autores observaram que, especialmente na fase de antecipação da refeição, as pacientes com anorexia tendiam a relatar mais frequentemente aumentos de sensações corporais em níveis baixos de estimulação, bem como maior intensidade de sintomas cardiorrespiratórios, o que sugere uma combinação de hipersensibilidade antecipatória e erro de predição interoceptiva associada a maior desconforto e ansiedade em torno da alimentação (Khalsa et al., 2015).

A dificuldade em discriminar de forma acurada sensações de fome e saciedade contribui para padrões rígidos de controle da ingestão: alguns pacientes negam a fome ou a interpretam como sinal de “fraqueza”, enquanto pequenas sensações de plenitude são rapidamente associadas à ideia de excesso alimentar, o que reforça o comportamento restritivo pela via oral.

12

Os sintomas gastrointestinais e as percepções subjetivas de mal-estar após a ingestão também constituem barreiras importantes à adesão à via oral. Em adolescentes com anorexia nervosa, foram descritos níveis elevados de náuseas, distensão, desconforto abdominal e sensação de plenitude precoce, associados a alterações em hormônios reguladores do apetite, como grelina e peptídeo YY, além de maior estado de ansiedade (Heruc et al., 2018).

Mesmo após um período curto de realimentação, parte dessas alterações fisiológicas e perceptivas mostra apenas melhora parcial, de modo que o ato de comer continua sendo vivenciado como fisicamente desconfortável, e não apenas psicologicamente ameaçador (Heruc et al., 2018). Esse conjunto de experiências pós-prandiais adversas pode levar à evitação de refeições completas, à redução voluntária do volume ingerido e à preferência por alimentos percebidos como “mais leves”, dificultando a implementação de planos orais com densidade energética adequada.

A ansiedade relacionada ao corpo e ao peso, intensificada por exposições a estímulos corporais e alimentares, também interfere no manejo da via oral. Achados recentes sugerem que situações que evocam simultaneamente comida, peso e imagem corporal tendem a elevar de

forma significativa os níveis de ansiedade em pacientes com anorexia nervosa, o que pode se traduzir, à mesa, em maior rigidez, maior lentificação para comer e aumento de estratégias de controle, como fragmentar demais os alimentos, mastigar em excesso ou prolongar o tempo da refeição (Melles; Jansen, 2024). Tais comportamentos, além de reduzirem a ingestão efetiva, podem sobrecarregar o ambiente terapêutico das refeições supervisionadas e exigir manejo delicado por parte da equipe multiprofissional.

Considerando esse cenário, torna-se evidente que a simples prescrição de um plano oral energeticamente adequado não é suficiente para garantir sua execução. A adesão à via oral depende da articulação entre intervenções nutricionais e estratégias psicoterapêuticas voltadas à redução da ansiedade pré e pós-prandial, à reestruturação de crenças disfuncionais sobre alimentos e peso e à reabilitação da interocepção, por meio de práticas que auxiliem a paciente a reconhecer e tolerar sinais corporais de fome e saciedade (Khalsa et al., 2015; Lloyd et al., 2021; Heruc et al., 2018).

Dessa forma, o uso prioritário da via oral na reabilitação nutricional da anorexia nervosa exige que se reconheça, de maneira explícita, o impacto dos fatores psicobiológicos sobre o comportamento alimentar, para que as metas calóricas não sejam estabelecidas de forma descolada da capacidade real de adesão e da necessidade de suporte intensivo durante as refeições.

3.2.3 Composição de macronutrientes

Embora o foco principal das estratégias nutricionais seja, em geral, o aporte calórico global, alguns estudos chamam atenção para o papel da distribuição de macronutrientes na modulação do risco de síndrome de realimentação. Garber et al. (2016) e Haas et al. (2021) destacam que a maioria dos protocolos utiliza combinações dentro de faixas consideradas padrão (cerca de 50–60% de carboidratos, 15–20% de proteínas e 25–35% de lipídios), o que dificulta comparações entre dietas “padrão” e intervenções com composição modificada. Entretanto, revisões recentes sugerem que dietas com menor proporção inicial de carboidratos e maior participação de lipídios podem reduzir a intensidade das flutuações insulínicas e, potencialmente, a magnitude da hipofosfatemia, sem prejuízo do ganho ponderal (Félix, 2025; Ponzo et al., 2021).

Félix (2025), ao revisar intervenções nutricionais em anorexia nervosa, aponta que a composição de macronutrientes é componente ainda pouco explorado na literatura, mas plausivelmente relevante, sobretudo nos primeiros dias de realimentação, quando pequenas

diferenças na carga glicídica podem se associar a diferentes padrões de redistribuição de fósforo, potássio e magnésio. Ponzo et al. (2021), em revisão narrativa mais ampla sobre síndrome de realimentação em pacientes hospitalizados, reforçam que estratégias com cuidadosa modulação de carboidratos, associadas à reposição de tiamina e eletrólitos, tendem a ser mais seguras do que simplesmente reduzir o total calórico. Em síntese, embora os dados ainda sejam limitados, há indícios de que a discussão sobre prevenção da SRS não pode se restringir ao número de calorias, devendo incluir o “como” essas calorias são distribuídas em termos de macronutrientes.

3.3 Monitorização e manejo eletrolítico

A monitorização de eletrólitos séricos – em especial fósforo, potássio e magnésio – e a correção oportuna de distúrbios hidroeletrólíticos aparecem como eixo transversal em praticamente todos os estudos que abordam síndrome de realimentação em anorexia nervosa. Garber et al. (2016) ressaltam que a hipofosfatemia, utilizada como marcador laboratorial de risco, tende a surgir sobretudo na primeira semana de realimentação, sendo mais frequente em pacientes com menor percentual de peso ideal ou IMC mais baixo na admissão. Revisões e consensos clínicos reforçam essa observação, destacando a importância da vigilância diária nos primeiros dias de terapia nutricional (Campos Del Portillo et al., 2024; Ramos, 2020; Ponzo et al., 2021).

14

Nos estudos que investigaram diretamente a relação entre protocolos calóricos e alterações eletrolíticas, o grau de desnutrição de base emergiu como fator preditor mais consistente de hipofosfatemia do que o nível calórico em si (Garber et al., 2016; Maginot et al., 2017). Em coortes com realimentação mais agressiva, parte dos serviços adotou a suplementação profilática de fosfato em pacientes com IMC muito baixo ou sinais de depleção, com relatos de redução da incidência de hipofosfatemia moderada a grave, sem aumento relevante de eventos adversos associados à reposição (Dhopatkar et al., 2025; Ponzo et al., 2021). Outros estudos, em que não se utilizou profilaxia, observaram maior frequência de hipofosfatemia, ainda que em geral manejável com suplementação terapêutica e, por vezes, com necessidade de desacelerar temporariamente a progressão calórica (Skowrońska; Sójta; Strzelecki, 2019; Lopes, 2015).

Relatos de caso e séries clínicas ilustram o cenário mais crítico, em que a realimentação rápida em pacientes extremamente desnutridos, sem correção eletrolítica prévia, levou ao desenvolvimento de síndrome de realimentação plenamente estabelecida, com hipofosfatemia grave, hipopotassemia, alterações cardíacas, instabilidade hemodinâmica e pancitopenia

(Skowrońska; Sójta; Strzelecki, 2019; Lopes, 2015; Morales Allende; Galván Sánchez, 2021). Nesses relatos, a reversão do quadro exigiu suspensão ou redução das calorias, reposição vigorosa de fósforo e outros eletrólitos, além de suporte intensivo. Ramos (2020) sintetiza esses achados ao defender que a prevenção da SRS passa necessariamente por uma tríade: identificação precoce dos fatores de risco, correção de desequilíbrios hidroeletrólitos antes da realimentação e monitorização seriada com flexibilidade para ajustar o plano nutricional conforme a resposta laboratorial.

3.4 Desfechos clínicos da realimentação e ocorrência de síndrome de realimentação

Em termos de desfechos clínicos, a literatura aponta um equilíbrio delicado entre eficácia ponderal e segurança metabólica. Estudos em adolescentes e jovens adultos mostram que protocolos com aportes calóricos iniciais mais elevados, quando associados à monitorização rigorosa, promovem ganho de peso mais rápido, reduzem a duração da internação e antecipam a normalização de sinais vitais, sem aumento sistemático de eventos graves de síndrome de realimentação (Garber et al., 2016; Haas et al., 2021; Maginot et al., 2017). Em contrapartida, inícios excessivamente conservadores podem prolongar a permanência hospitalar, atrasar a reversão das complicações clínicas da desnutrição e potencialmente aumentar o impacto psicossocial da doença sobre o paciente e sua família (Garber et al., 2016; Campos Del Portillo et al., 2024; Inácio; da Silva Ferreira; Marchesi, 2018).

15

Quando se consideram casos de desnutrição extrema, porém, o cenário é mais incerto. Koerner et al. (2020) descrevem resultados positivos com um protocolo acelerado em adultos extremamente abaixo do peso, mas enfatizam que a intervenção foi realizada em ambiente altamente especializado, com monitorização intensiva e equipe treinada em complicações médicas da anorexia nervosa. Em contraste, relatos clínicos de síndrome de realimentação em adolescentes e adultos jovens mostram que, fora de condições estruturadas, a introdução rápida de calorias em indivíduos com reservas nutricionais muito reduzidas pode precipitar deterioração aguda, demandando cuidados de alta complexidade (Skowrońska; Sójta; Strzelecki, 2019; Lopes, 2015; Morales Allende; Galván Sánchez, 2021).

Assim, a evidência sugere que, em pacientes com desnutrição leve a moderada, é possível priorizar estratégias de realimentação mais energéticas, com metas ambiciosas de ganho ponderal, desde que se mantenha vigilância cuidadosa sobre parâmetros laboratoriais e clínicos (Garber et al., 2016; Haas et al., 2021). Já em indivíduos com desnutrição severa ou presença de múltiplas comorbidades, a segurança da realimentação deve prevalecer sobre a rapidez, com

maior ênfase em correção eletrolítica, suplementação vitamínica e progressão gradual do aporte calórico (Lopes, 2015; Ramos, 2020; Campos Del Portillo et al., 2024).

3.5 Síntese crítica das evidências e implicações clínicas

De forma geral, os resultados desta revisão apontam para uma transição de paradigma: o temor da síndrome de realimentação, que historicamente sustentou condutas muito conservadoras, vem sendo relativizado à luz de evidências que demonstram a segurança de protocolos mais agressivos em grupos selecionados, desde que apoiados em monitorização estruturada (Garber et al., 2016; Haas et al., 2021; Maginot et al., 2017). Ao mesmo tempo, relatos de SRS em contextos de realimentação não planejada evidenciam que a flexibilização calórica não pode ser dissociada de rigor no manejo eletrolítico, reforçando a máxima de que a SRS é, sobretudo, uma complicação prevenível (Skowrońska; Sójta; Strzelecki, 2019; Ramos, 2020).

Nesse cenário, alguns pontos parecem consensuais entre os autores. Primeiro, a realimentação deve ser individualizada, levando em conta o grau de desnutrição, o tempo de doença, a presença de comorbidades e o contexto assistencial, evitando tanto o subtratamento energético quanto a exposição desnecessária a riscos metabólicos (Campos Del Portillo et al., 2024; Cuerda; Vasiloglou; Arhip, 2019). Segundo a monitorização de fósforo, potássio e magnésio, associada à correção prévia de desequilíbrios e à disponibilidade de protocolos de reposição, é requisito para a segurança de qualquer estratégia, seja ela mais conservadora ou mais agressiva (Garber et al., 2016; Dhopatkar et al., 2025; Ramos, 2020). Terceiro, a escolha da via, oral, enteral ou combinada, deve articular o objetivo nutricional imediato à dimensão psicossocial do tratamento, uma vez que a experiência com sondas pode tanto salvar vidas quanto acentuar conflitos e resistência se não for cuidadosamente manejada (Inácio; da Silva Ferreira; Marchesi, 2018; Dhopatkar et al., 2025; Commentz Abarza et al., 2023).

Por fim, persiste uma lacuna importante em termos de ensaios clínicos robustos, especialmente em adultos com desnutrição extrema, bem como dificuldade em padronizar critérios diagnósticos de síndrome de realimentação e desfechos em longo prazo (Garber et al., 2016; Ponzo et al., 2021; Félix, 2025). Enquanto essas evidências não se consolidam, diretrizes como o consenso espanhol da SENPE, revisões narrativas e relatos de caso permanecem desempenhando papel central na construção de protocolos clínicos, ao traduzirem a experiência acumulada de serviços especializados em recomendações pragmáticas de prevenção e manejo da síndrome de realimentação em pacientes com anorexia nervosa (Campos Del Portillo et al., 2024; Lopes, 2015; Ramos, 2020).

3.6 Quadro síntese das principais estratégias identificadas

A seguir no quadro 2 em forma de tabela que sintetiza, de maneira integrada, as principais estratégias nutricionais identificadas nos estudos, suas características e implicações clínicas para prevenção da SRS em anorexia nervosa.

Quadro 2 - Síntese das principais estratégias identificadas

Eixo da estratégia	Achados principais na literatura	Potenciais benefícios	Riscos/limitações	Implicações para a prática clínica
Aporte calórico inicial	Protocolos conservadores ($\approx 1.000-1.200$ kcal/dia, progressão lenta) reduzem SRS, mas atrasam ganho ponderal e alta, sobretudo em desnutrição leve a moderada. Estratégias com $1.400-2.000$ kcal/dia e avanços mais rápidos mostram maior ganho de peso sem aumento claro de SRS quando há monitorização rigorosa. (Lopes, 2015; Garber et al., 2016; Ramos, 2020; Haas et al., 2021; Maginot et al., 2017).	Aceleração do ganho de peso e redução do tempo de internação em pacientes com desnutrição leve a moderada, mantendo segurança sob vigilância laboratorial (Garber et al., 2016; Haas et al., 2021).	Em desnutrição grave ou extrema, aumento calórico rápido sem correção eletrolítica eleva risco de hipofosfatemia e SRS; faltam ensaios robustos em quadros muito graves para apoiar protocolos agressivos (Skowrońska; Sójta; Strzelecki, 2019; Lopes, 2015).	Ajustar o início calórico ao grau de desnutrição: valores mais altos em casos leves/moderados com monitorização estreita e condutas mais cautelosas em desnutrição severa, priorizando segurança metabólica (Garber et al., 2016; Haas et al., 2021; Ramos, 2020).
Via de alimentação	A via oral é preferencial por favorecer reabilitação alimentar e continuidade ambulatorial. Em recusa, alto risco ou necessidade de ganho rápido, usa-se nutrição enteral por sonda, exclusiva ou suplementar, com ganho ponderal semelhante ou superior e risco de SRS comparável sob protocolo estruturado (Inácio; da Silva Ferreira; Marchesi, 2018; Cuerda; Vasiloglou; Arhip, 2019; Garber et al., 2016; Koerner et al., 2020).	A via oral favorece autonomia e readaptação ao alimento; a via enteral facilita atingir metas energéticas elevadas em pouco tempo (Dhopatkar et al., 2025; Koerner et al., 2020).	Sonda pode ser vivida como invasiva e aumentar resistência ao tratamento; o risco de SRS decorre mais da carga calórica e do manejo eletrolítico do que da via utilizada (Ramos, 2020; Ponzo et al., 2021).	Priorizar via oral quando possível e reservar sonda para recusa persistente ou risco elevado, inserindo a nutrição enteral em plano multiprofissional com monitorização eletrolítica e projeto de transição para alimentação oral (Inácio; da Silva Ferreira; Marchesi, 2018; Dhopatkar et al., 2025).
Composição da dieta	A maioria dos protocolos usa	Possível redução da gravidade das	Evidência limitada e heterogênea, sem	Considerar modulação transitória da carga de

Eixo da estratégia	Achados principais na literatura	Potenciais benefícios	Riscos/limitações	Implicações para a prática clínica
	distribuição padrão de macronutrientes; evidências recentes indicam que, em alto risco, menor fração de carboidratos e maior teor de lipídios pode atenuar hipofosfatemia sem prejudicar o ganho de peso (Félix, 2025; Ponzo et al., 2021).	alterações eletrolíticas nos primeiros dias de realimentação, mantendo aporte energético adequado (Félix, 2025; Ponzo et al., 2021).	consenso sobre a melhor distribuição de macronutrientes em cada grau de desnutrição (Garber et al., 2016; Haas et al., 2021).	carboidratos em pacientes muito desnutridos, sem comprometer proteínas e calorias totais, incluindo a composição da dieta no planejamento de prevenção da SRS (Félix, 2025; Ponzo et al., 2021).
Monitorização o eletrolítica e profilaxia	Hipofosfatemia precoce é o marcador mais usado de risco para SRS, especialmente em IMC muito baixo. Muitos serviços adotam dosagem seriada e suplementação profilática de fosfato em alto risco, reduzindo hipofosfatemia moderada a grave. Episódios de SRS ocorrem, em geral, sem correção prévia de eletrólitos (Skowrońska; Sójta; Strzelecki, 2019; Lopes, 2015; Ramos, 2020).	Deteção e correção precoces de distúrbios reduzem eventos graves e permitem uso mais seguro de protocolos energéticos mais altos (Garber et al., 2016; Dhopatkar et al., 2025).	Diferenças entre serviços quanto a critérios, frequência de exames e esquemas de reposição; infraestrutura limitada dificulta implementação ampla de monitorização intensiva (Ramos, 2020; Ponzo et al., 2021).	Estabelecer rotina de dosagem de fósforo, potássio e magnésio na fase inicial e protocolos padronizados de reposição, ajustando temporariamente o avanço calórico diante de alterações significativas (Ramos, 2020; Ponzo et al., 2021; Skowrońska; Sójta; Strzelecki, 2019).
Desfechos clínicos e SRS	Protocolos mais energéticos, com monitorização adequada, associam-se a maior ganho de peso e menor permanência hospitalar em desnutrição leve a moderada. SRS aparece sobretudo em relatos de desnutrição extrema submetida a realimentação rápida e pouco planejada, sendo evento raro, porém potencialmente fatal (Ramos, 2020; Ponzo et al., 2021).	Recuperação clínica mais rápida e melhor prognóstico quando a SRS é evitada ou manejada precocemente com ajustes calóricos e correção eletrolítica (Garber et al., 2016; Haas et al., 2021).	Critérios diagnósticos pouco padronizados e provável subnotificação dificultam estimar incidência real e impacto em longo prazo de diferentes protocolos (Garber et al., 2016; Ponzo et al., 2021).	Adotar abordagem centrada na prevenção: estratificar risco, corrigir eletrólitos antes da realimentação, planejar a progressão calórica e revisar o esquema conforme a resposta clínica e laboratorial, evitando extremos de subtratamento ou precipitação (Ramos, 2020; Ponzo et al., 2021; Campos Del Portillo et al., 2024).

Fonte: Elaborado pela autora (2026).

Ao integrar os eixos apresentados no quadro, observa-se que as estratégias nutricionais efetivas compartilham alguns denominadores comuns, independentemente do protocolo

específico adotado. Entre eles, destacam-se a avaliação individualizada do grau de desnutrição, a estratificação objetiva de risco para SRS, a presença de rotinas claras de monitorização eletrolítica e a disponibilidade de esquemas padronizados de reposição de fósforo, potássio e magnésio.

Além disso, a tomada de decisão sobre via de alimentação e composição da dieta mostra-se mais segura quando articulada a um projeto terapêutico multiprofissional, que contemple aspectos psicossociais e a adesão real do paciente ao plano alimentar, reduzindo a distância entre a prescrição teórica e a ingestão efetiva. Nesse sentido, o quadro síntese reforça que a prevenção da síndrome de realimentação não depende de uma única conduta isolada, mas da combinação coerente de múltiplas medidas, ajustadas ao contexto clínico e aos recursos do serviço.

4 CONCLUSÃO

A temática das estratégias nutricionais para realimentação de pacientes com anorexia nervosa e prevenção da síndrome de realimentação mostra-se de grande relevância, sobretudo em um contexto em que o medo de complicações metabólicas ainda sustenta condutas excessivamente conservadoras e, por vezes, prolonga o sofrimento e a hospitalização. Ao reunir diferentes delineamentos de estudo, esta revisão sistemática evidencia que o cuidado nutricional seguro vai muito além da simples oferta de calorias: ele exige uma abordagem estruturada, multiprofissional e centrada na pessoa, que reconheça o paciente com anorexia nervosa como um ser integral, vulnerável tanto às repercussões biológicas quanto às dimensões psicológicas e sociais da doença.

19

Ao responder à pergunta norteadora do estudo, conclui-se que a relação entre as estratégias nutricionais bem planejadas e a prevenção da síndrome de realimentação é direta, profunda e multifatorial. Protocolos com aportes calóricos iniciais mais elevados, quando aplicados a pacientes com desnutrição leve a moderada, demonstram potencial para acelerar o ganho ponderal e reduzir o tempo de internação, sem aumento consistente de eventos graves de SRS, desde que acompanhados de monitorização bioquímica rigorosa e correção oportuna de eletrólitos.

Em contrapartida, em pacientes com desnutrição severa ou extrema, a literatura reforça a necessidade de maior cautela, com início mais conservador, progressão gradual e ênfase em suplementação eletrolítica, mostrando que a segurança metabólica deve ser, nessas situações, o eixo orientador das decisões.

A via de administração e a composição da dieta emergem como componentes igualmente relevantes dentro desse plano de cuidado. A alimentação oral mantém papel central na reabilitação da relação com o alimento, na recuperação da autonomia e na reconstrução da identidade do paciente para além do transtorno alimentar, enquanto a nutrição enteral configura ferramenta indispensável em casos de alto risco, baixa adesão ou necessidade de metas energéticas mais ambiciosas em curto prazo. A inclusão de estratégias que considerem a distribuição de macronutrientes e a modulação da carga de carboidratos, ainda que apoiada em evidências incipientes, indica que a prevenção da síndrome de realimentação não se reduz ao “quanto” de calorias se oferece, mas envolve também o “como” essas calorias são distribuídas e monitoradas.

Essa multiplicidade de dimensões sugere que as estratégias nutricionais de realimentação não podem ser vistas como um conjunto de condutas secundárias ou meramente técnicas, mas como eixo terapêutico indispensável na abordagem integral da anorexia nervosa. Protocolos bem estruturados promovem não só a reversão da desnutrição e a redução de complicações médicas, como também favorecem maior previsibilidade do cuidado, maior confiança entre equipe e paciente e melhor articulação com intervenções psicoterapêuticas e familiares. Nesse sentido, a adoção de rotinas claras para estratificação de risco, monitorização eletrolítica, definição do aporte calórico inicial e escolha da via de administração contribui de forma decisiva para transformar o processo de realimentação em um percurso mais seguro, coerente e humanizado.

20

Entretanto, para que a plena integração dessas evidências à prática clínica seja uma realidade em diferentes níveis de atenção, permanecem desafios importantes. A heterogeneidade dos critérios diagnósticos de síndrome de realimentação, a escassez de ensaios clínicos robustos em populações de maior gravidade e a falta de padronização em relação à composição de macronutrientes, frequência de monitorização e uso profilático de eletrólitos limitam a elaboração de recomendações universais. Dessa forma, destaca-se a necessidade de que pesquisas futuras aprofundem a comparação entre protocolos com diferentes aportes calóricos, esquemas de suplementação e vias de alimentação, bem como avaliem desfechos em médio e longo prazo, como recaídas, qualidade de vida e mortalidade.

Em síntese, a promoção de um modelo de cuidado que incorpore, de forma ativa e crítica, estratégias nutricionais baseadas em evidências para a realimentação de pacientes com anorexia nervosa representa um avanço incontestável na prevenção da síndrome de realimentação.

A adoção consciente, individualizada e sustentada por protocolos bem definidos oferece não apenas maior segurança metabólica, mas também um caminho mais resolutivo e digno para pessoas que convivem com um transtorno marcado pela restrição e pelo risco. Ao colocar a nutrição em posição central, articulada à equipe multiprofissional, o ato de cuidar torna-se, de fato, um processo mais efetivo, libertador e alinhado ao ideal de um tratamento verdadeiramente integral.

REFERÊNCIAS

ALANON PARDO, María del Mar *et al.* Adherence of nutritional support prescriptions to clinical practice guidelines in patients with anorexia nervosa. **Nutr. Hosp.**, Madrid, v. 36, n. 5, p. 1001-1010, out. 2019. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So212-16112019000500002. Acesso em: 9 abr. 2026.

CAMPOS DEL PORTILLO, R. *et al.* Consenso del grupo de trabajo de los trastornos de la conducta alimentaria de SENPE (GTTCA-SENPE): Evaluación y tratamiento médico-nutricional em la anorexia nervosa. Actualización 2023. **Nutrición Hospitalaria**, [S. l.], v. 41, n. esp. 1, p. 1-60, 2024. DOI: <https://doi.org/10.20960/nh.05175>. Acesso em: 8 abr. 2026.

COMMENTZ ABARZA, N. *et al.* Recuperación nutricional de adolescentes de bajo peso con anorexia nervosa: análisis de un protocolo intrahospitalario. **Nutr Hosp.**, [S. l.], v. 40, n. 1, p. 13-18, 2023.

CUERDA, C.; VASILOGLOU, M. F.; ARHIP, L. Nutritional Management and Outcomes in Malnourished Medical Inpatients: Anorexia Nervosa. **Journal of Clinical Medicine**, [S. l.], v. 8, n. 7, p. 1042, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm8071042>. Acesso em: 9 abr. 2026.

DHOPATKAR, N. *et al.* Enteral Tube Nutrition in Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa and Outcomes: A Systematic Scoping Review. **Nutrients**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 425, 24 jan. 2025. DOI: [10.3390/nut17030425](https://doi.org/10.3390/nut17030425). Acesso em: 8 abr. 2026.

FELIX, Kamilla Kauany. **Tratamentos nutricionais para anorexia nervosa: uma revisão integrativa da literatura**. 2025. Monografia (Especialização), 2025.

GARBER, Andrea K. *et al.* A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 49, n. 3, p. 293-310, 2016.

HAAS, V. *et al.* Practice-Based Evidence and Clinical Guidance to Support Accelerated Re-Nutrition of Patients With Anorexia Nervosa. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, [S. l.], v. 60, n. 5, p. 555-561, maio 2021. DOI: [10.1016/j.jaac.2020.09.010](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.09.010). Acesso em: 9 abr. 2026.

HAYNOS, A. F. *et al.* Comparison of standardized versus individualized caloric prescriptions in the nutritional rehabilitation of inpatients with anorexia nervosa. **Int. J. Eat. Disord.**, [S. l.], v. 49, p. 50-58, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22469>. Acesso em: 8 abr. 2026.

Heruc GA, Little TJ, Kohn M, Madden S, Clarke S, Horowitz M, Feinle-Bisset C. Appetite Perceptions, Gastrointestinal Symptoms, Ghrelin, Peptide YY and State Anxiety Are

Disturbed in Adolescent Females with Anorexia Nervosa and Only Partially Restored with Short-Term Refeeding. **Nutrients**. 2018 Dec 28;11(1):59. doi: 10.3390/nu11010059. PMID: 30597915; PMCID: PMC6356798.

INÁCIO, Angélica Rodrigues; DA SILVA FERREIRA, Gabriela; MARCHESI, Juliana. Estratégias nutricionais no acompanhamento de pacientes com anorexia nervosa – uma revisão da literatura. **Revista Saúde UniToledo**, [S. l.], v. 2, n. 1, 2018.

Khalsa SS, Craske MG, Li W, Vangala S, Strober M, Feusner JD. Altered interoceptive awareness in anorexia nervosa: Effects of meal anticipation, consumption and bodily arousal. **Int J Eat Disord**. 2015 Nov;48(7):889-97. doi: 10.1002/eat.22387. Epub 2015 Feb 24. PMID: 25712775; PMCID: PMC4898968.

KHURSHEED, T. *et al.* Nutritional Rehabilitation Care of Refeeding Syndrome with Anorexia Nervosa. **Clin Case Rep Int.**, [S. l.], v. 6, p. 1289, 2022.

KOERNER, Thorsten *et al.* Outcomes of an accelerated inpatient refeeding protocol in 103 extremely underweight adults with anorexia nervosa at a specialized clinic in Prien, Germany. **Journal of Clinical Medicine**, [S. l.], v. 9, n. 5, p. 1535, 2020.

Lloyd EC, Powell C, Schebendach J, Walsh BT, Posner J, Steinglass JE. Associations between mealtime anxiety and food intake in anorexia nervosa. **Int J Eat Disord**. 2021 Sep;54(9):1711-1716. doi: 10.1002/eat.23589. Epub 2021 Jul 29. PMID: 34323297; PMCID: PMC8434846.

LOPES, Helen Cristina Bittencourt. Anorexia nervosa e risco de síndrome de realimentação: relato de caso sobre a experiência de um serviço especializado em transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Rev Bras Nutr Clin**, [S. l.], v. 30, n. 3, p. 261-266, 2015.

22

MACHADO, Paulo PP; GRILO, Carlos M.; CROSBY, Ross D. Evaluation of the DSM-5 severity indicator for anorexia nervosa. **European Eating Disorders Review**, [S. l.], v. 25, n. 3, p. 221-223, 2017.

MAGINOT, T. R. *et al.* Outcomes of an inpatient refeeding protocol in youth with anorexia nervosa: Rady Children's Hospital San Diego/University of California, San Diego. **J Eat Disord**, [S. l.], v. 5, n. 1, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0132-0>. Acesso em: 9 abr. 2026.

MARUGAN DE MIGUELSANZ, José Manuel *et al.* Nutritional approach of inpatients with anorexia nervosa. **Nutr. Hosp.**, Madrid, v. 33, n. 3, p. 540-543, jun. 2016. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So212-16112016000300006. Acesso em: 8 abr. 2026.

Melles, H., Jansen, A. Anxiety matters: a pilot lab study into food, weight, and virtual body exposure in anorexia nervosa. **J Eat Disord** 12, 141 (2024). <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01094-w>

MELO, Ana Flávia *et al.* Perfil nutricional de pacientes em tratamento de anorexia nervosa. **Revista Saúde Multidisciplinar**, [S. l.], v. 3, n. 1, 2015.

MORALES ALLENDE, María Fernanda; GALVAN SANCHEZ, Griselda. Características clínicas de anorexia nervosa extrema: Reporte de caso. **Rev. Fac. Med. (Méx.)**, Cidade do

México, v. 64, n. 2, p. 26-30, abr. 2021. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000200026. Acesso em: 9 abr. 2026.

NOBRE, Paulo Vytor Cardoso *et al.* Panorama atual da anorexia nervosa: complicações clínicas, implicações diagnósticas e manejo. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 1189-1199, 2024.

PONZO, Valentina *et al.* The refeeding syndrome: a neglected but potentially serious condition for inpatients. A narrative review. **Internal and Emergency Medicine**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 49-60, 2021.

RAMOS, Rita Gonçalves. **Síndrome de realimentação na Anorexia Nervosa**. 2020. Monografia (Graduação em Nutrição) – [Localização não identificada], 2020.

RIVAS-MOYA, Teresa; REYES-MARTIN, Salvador. Instrumentos para Evaluar la Anorexia Nervosa. **Rev. Mex. de trastor. aliment**, Tlalnepantla, v. 11, n. 1, p. 1-16, jun. 2021. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232021000100003. Acesso em: 8 abr. 2026.

SKOWROŃSKA, A.; SÓJTA, K.; STRZELECKI, D. Síndrome de realimentação como complicação do tratamento da anorexia nervosa. **Psiquiatria Polska**, [S. l.], v. 53, n. 5, p. 1113-1123, 2019. DOI: 10.12740/PP/OnlineFirst/90275. Acesso em: 9 abr. 2026.

VAZQUEZ AREVALO, Rosalía *et al.* El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. **Rev. Mex. de trastor. aliment**, Tlalnepantla, v. 6, n. 2, p. 108-120, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232015000200108. Acesso em: 8 abr. 2026.