

Protocolo VALENT: uma proposta de linha de cuidado nutricional humanizada para adolescentes com anorexia nervosa em ambiente hospitalar

VALENT Protocol: a proposal for a humanized nutritional care line for teenagers with anorexia nervosa in a hospital setting

DOI: 10.37111/braspenj.2025.40.2.18

Aline Ramalho dos Santos¹
Marisa Chiconelli Bailer²
Maria Fernanda Jensen Kok³

Unitermos:

Anorexia nervosa. Terapia nutricional. Hospitais. Prática baseada em evidências.

Keywords:

Anorexia nervosa. Nutrition therapy. Hospitals. Evidence-based practice.

Endereço para correspondência:

Aline Ramalho dos Santos
Rua Alameda Barros, 145 – Santa Cecília – São Paulo,
SP, Brasil – CEP 01232-001
E-mail: alineramal@hotmail.com

Submissão:

27 de outubro de 2025

ACEITO PARA PUBLICAÇÃO:

8 de dezembro de 2025

Data da publicação:

10 de janeiro de 2026

RESUMO

Introdução: A anorexia nervosa associa-se com desnutrição, sendo necessário a internação hospitalar em casos mais graves. O tratamento deve ser fundamentado na terapia nutricional e exercício interprofissional das equipes. Todavia, há poucos estudos que norteiem essa linha de cuidado no âmbito hospitalar. Assim, objetivou-se propor um protocolo de cuidado nutricional para adolescentes com diagnóstico de anorexia nervosa, em tratamento hospitalar, considerando as estratégias nutricionais adotadas em um hospital privado de São Paulo. **Método:** Para a construção do plano terapêutico, foram realizadas discussões com a equipe em 2 níveis: intra-hospitalar (com a equipe assistencial) e híbrido (com equipe especializada responsável pelo acompanhamento após a alta hospitalar). Considerou-se o benchmarking com centros de referência e revisão de literatura nas plataformas PUBMED, Scielo e Lilacs. No contexto prático, foi realizada visita presencial à cozinha do hospital com os responsáveis pela implementação do cardápio domiciliar. **Resultados:** O protocolo VALENT foi estabelecido em 4 fases. A Fase 1 incluiu: admissão precoce; cálculo da ingestão nutricional; avaliação antropométrica; padronização das pesagens; investigação de deficiências nutricionais; estruturação de equipe multidisciplinar. A Fase 2 incluiu: definição de reuniões interdisciplinares semanais; fluxo de pesagens; antropometria semanal; consulta diária com nutrólogo. A Fase 3 se resumiu a progressão da oferta nutricional a cada 3 dias. A Fase 4 foi composta pela estruturação da desospitalização. **Conclusões:** A estruturação de planos de cuidado personalizados e replicáveis, associando literatura, ações práticas e centros de referência é essencial para a excelência assistencial. Discussões interprofissionais associando níveis de cuidado otimizam o alinhamento de condutas de longo prazo, especialmente do ponto de vista comportamental.

ABSTRACT

Introduction: Anorexia nervosa is associated with malnutrition, requiring hospitalization in more severe cases. Treatment is based on nutritional therapy and interprofessional teamwork. There are few studies that guide this line of care in the hospital setting. Therefore, the aim was to propose a nutritional care protocol for teenagers diagnosed with anorexia nervosa, undergoing hospital treatment, considering nutritional strategies in a private hospital in São Paulo, Brazil. **Methods:** To construct the therapeutic plan, discussions were held with the team at 2 levels: in-hospital (with the care team) and hybrid (with a specialized team responsible for monitoring after hospital discharge). Benchmarking with reference centers and a literature review on the PUBMED, Scielo, and Lilacs platforms were considered. In the practical context, a face-to-face visit was made to the hospital kitchen with those responsible for implementing the home food menu. **Results:** The VALENT protocol was established in 4 phases. Phase 1 contained: early admission; calculation of nutritional intake; anthropometric assessment; standardization of weightings; investigation of nutritional deficiencies; structuring of a multidisciplinary team. Phase 2 contained: definition of weekly interdisciplinary meetings; weighing flow; weekly anthropometry; daily visit with a nutritionist. Phase 3 was done with the progression of nutritional supply every 3 days. Phase 4 executed the structure of dehospitalization. **Conclusion:** The structure of personalized and replicable care plans associating literature, practical action and reference centers is essential for excellence in care. Interprofessional discussions associating levels of care optimize alignment of long-term conducts, especially from a behavioral point of view.

1. Nutricionista Coordenadora de Nutrição do Hospital PUC-Campinas, Residência em Oncologia Pediátrica pela UNIFESP, Especialização em Oncologia Multiprofissional pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, Especialização em Gestão em Saúde pelo Centro Universitário São Camilo, Especialização em Gestão da Qualidade e Segurança dos Alimentos pela UNICAMP, Mestranda em Ensaio em Ciências da Saúde pela UNIFESP, São Paulo, SP, Brasil.
2. Nutricionista Coordenadora da Nutrição do Hospital Samaritano Higienópolis, Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário São Camilo, Pós-graduada em Nutrição Clínica pelo GANEP, em Nutrição em Gerontologia pelo Hospital das Clínicas, MBA em Gestão de Serviços de Saúde pela Uninove e em Nutrição em Pediatria pelo PGPN, Docente do GANEP Educação, São Paulo, SP, Brasil.
3. Nutricionista Supervisora de Nutrição Clínica do Hospital Samaritano Higienópolis, Graduada pelo Centro Universitário São Camilo, Especialista em Nutrição em Pediatria pelo Instituto da Criança da USP, Especialista em Nutrição em Cardiologia pela SOCESP, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A anorexia nervosa (AN) é um transtorno alimentar de etiologia multifatorial, caracterizado por severa restrição alimentar, distorção da imagem corporal e intenso medo de ganho de peso. Em casos graves, o quadro clínico evolui para desnutrição profunda, distúrbios eletrolíticos, alterações cardíacas e risco iminente de morte, exigindo hospitalização para tratamento clínico intensivo¹. A hospitalização geralmente ocorre quando há perda de peso maior que 25% do peso corporal ideal, bradicardia (<40 bpm), hipotensão, hipocalemia grave ou falha na resposta ao tratamento ambulatorial².

O ambiente hospitalar representa um espaço crucial para a estabilização clínica e o início da reabilitação nutricional. A intervenção nutricional deve ser cuidadosamente planejada para evitar complicações como a síndrome de realimentação, exigindo monitoramento rigoroso de eletrólitos, função hepática e renal e marcadores inflamatórios³. O plano alimentar precisa ser individualizado, com progressão gradual de calorias e foco na adequação proteico-calórica, sempre em coordenação com a equipe multidisciplinar, incluindo psiquiatras, psicólogos e clínicos⁴.

O papel do nutricionista hospitalar é crucial, tanto na prescrição de diretrizes alimentares quanto no monitoramento do estado nutricional e na educação nutricional. A complexidade do cuidado exige uma abordagem empática e baseada em evidências, que considere os aspectos clínicos, emocionais e sociais do paciente. O objetivo é restaurar o estado nutricional, promover a adesão ao tratamento e prevenir recaídas após a alta hospitalar⁵. Estudos de base populacional demonstram que, na América Latina, a prevalência pontual estimada para AN na população geral gira em torno de 0,1%. Embora essa taxa aparente ser menor que a encontrada para outros transtornos alimentares, a heterogeneidade entre os estudos indica necessidade de vigilância contínua e produção científica local⁶.

No Brasil, a base oficial de internação hospitalar (DATASUS) registra internações por transtornos mentais, embora a base frequentemente agrupe diagnósticos. Um estudo, com dados de 2008 a 2017, identificou 152.465 internações nesse grupo etário agrupando diferentes diagnósticos psiquiátricos, evidenciando tanto a carga de sofrimento psíquico nesta população quanto a necessidade de aprofundar o mapeamento de internações por transtornos alimentares, entre eles a AN⁷.

Assim, faz-se necessário elaborar uma proposta de linha de cuidado intra-hospitalar para adolescentes com diagnóstico de AN, a fim de disseminar estratégias nutricionais adotadas em um hospital privado e contribuir para melhores práticas de cuidado a esse público.

MÉTODO

Esse foi de um estudo qualitativo descritivo composta por 3 etapas: (1) revisão narrativa de literatura; (2) benchmarking com centros de referência em transtornos alimentares; e (3) construção de protocolo assistencial a partir de reuniões técnicas e consenso multiprofissional.

Para a construção da linha de cuidado, foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa sobre o tema, utilizando as bases de dados PubMed, SciELO e Lilacs, além de livros e sites de institutos científicos relacionados ao tema. Foram utilizados descritores controlados (DeCS/MeSH) e palavras-chave combinadas com operadores booleanos: “anorexia nervosa” AND “adolescent”, “eating disorders” AND “hospitalization”, “multidisciplinary care” AND “adolescent health”. Foram incluídos artigos publicados em inglês, português e espanhol entre 2015 e 2025. Foram excluídos estudos duplicados, artigos sem texto completo disponível, revisões sem relevância prática para o ambiente hospitalar.

Os dados provenientes desses artigos deram origem às diretrizes gerais do manejo nutricional, às recomendações de segurança metabólica, aos parâmetros de progressão calórica e às estratégias multiprofissionais adotadas no protocolo. Para comparar práticas assistenciais e identificar elementos críticos para a construção de um protocolo nutricional replicável, foi feito um benchmarking com dois centros especializados no tratamento de anorexia nervosa em adolescentes, ambos localizados na cidade de São Paulo, Brasil, que possuem equipe multiprofissional e com disponibilidade para participar voluntariamente deste processo, buscando reconhecer padrões de excelência, identificar estratégias já consolidadas e compreender fluxos de atendimento que poderiam ser adaptados para o contexto hospitalar não especializado. Realizou-se visita técnica presencial, por meio de observação profissional, com duração média de 5 horas, sendo registrado em um diário de campo estruturado notas sobre critérios de decisão nutricional, fluxo assistencial, interface entre equipe clínica e equipe de cozinha, estratégias comportamentais utilizadas e métodos de monitoramento nutricional. Realizou-se discussões com nutricionista e psiquiatra especialista de cada um dos 2 centros, de forma remota, por meio de plataformas online, com duração total de aproximadamente 10 horas. Simultaneamente, ocorreram reuniões intra-hospitalares de forma presencial com as equipes de enfermagem, nutrição, psicologia, nutrologia e psiquiatria.

A análise de dados foi conduzida por meio de triangulação metodológica, integrando observações diretas das visitas técnicas, conteúdo das discussões remotas e referências bibliográficas, determinando matrizes comparativas sobre estratégias assistenciais, condutas nutricionais, recomendações aplicáveis ao contexto hospitalar e lacunas identificadas na prática.

Após a leitura completa dos materiais e a conclusão do processo de benchmarking, foi elaborado o protocolo VALENT, propondo orientações de cuidado para adolescentes com diagnóstico de AN em tratamento hospitalar.

A construção deste protocolo também se baseou em reuniões técnicas periódicas com equipe médica (herbiatria, nutrologia e psiquiatria) e multidisciplinar (enfermagem, psicologia, nutrição), em duas modalidades: intra-hospitalar com a equipe assistencial da instituição e de forma híbrida com uma equipe especializada responsável pelo acompanhamento após a alta hospitalar.

Para o desenvolvimento da orientação visual das preparações alimentares inicialmente identificou-se os itens alimentares mais representativos do cardápio terapêutico dos adolescentes atendidos na instituição. Em seguida, a nutricionista clínica líder dos casos determinou individualmente em conjunto com paciente, família e cozinha a padronização de utensílios, tipo de cocção, forma de preparo, forma de apresentação, porção padrão em gramas e visualização fotográfica da equivalência desta porção, variável conforme individualidade de cada paciente, portanto, desenvolvida a cada novo atendimento; gerando reproduzibilidade interna e alinhamento ao plano de reabilitação nutricional.

A padronização técnica envolveu a pesagem de cada item em balança digital calibrada, preparada por cozinheiros pré-determinados e orientados, utilizando utensílios padronizados previamente, controle fotográfico pela nutricionista de produção constando peso da porção pós-preparo e montagem finalizada da refeição para validação da conformidade ao planejamento nutricional pela nutricionista líder.

A etapa fotográfica ocorreu em ângulos previamente padronizados para captura de diferentes vistas, com iluminação artificial contínua e respeitando uma distância fixa entre a câmera e o alimento de aproximadamente 30 cm. Para as fotografias, utilizou-se um smartphone com sensor de alta resolução. Para permitir a interpretação precisa do tamanho real incluiu-se alguns elementos de escala: prato oval de louça posicionado abaixo do alimento, colher de sobremesa posicionado lateralmente, ramekin de louça de tamanho pequeno, médio e grande. Todas as fotografias receberam uma legenda técnica constando o nome da preparação pronta para consumo e o peso deste item, compondo um banco de imagens padronizadas e reproduzíveis.

A validação técnica do porcionamento compreendeu a conformidade entre a fotografia e o peso real da porção, clareza na interpretação visual dos volumes e coerência do material com o plano nutricional individual de progressão calórica e nutricional.

Em relação ao aspecto comportamental, visto que a exatidão de valores numéricos na identificação das refeições prontas para consumo e no material de alta hospitalar poderia desencadear ansiedade por estímulos visuais, orientou-se a utilização do material impresso e digital somente pelos responsáveis pela preparação das refeições, sendo disponibilizado ao adolescente em tratamento somente após aprovação da equipe de psicologia e psiquiatria, variável conforme avaliação individual.

Aproximadamente 15 dias antes da alta hospitalar, encaminhou-se os responsáveis pela preparação das refeições de cada paciente à cozinha do Hospital Samaritano Higienópolis para educação prática e reforço das orientações do plano alimentar, sendo entregue na alta hospitalar o recurso ilustrativo de caráter educativo para estes familiares para que utilizem como norteador do processo de porcionamento em ambiente domiciliar, atualizado com o plano alimentar vigente.

RESULTADOS

A linha de cuidado estabelecida neste estudo é denominada “Protocolo Valent”, originada do acrônimo “Vigilância e atenção lineares à evolução nutricional e terapêutica” e ao nome do primeiro paciente com anorexia nervosa atendido pela autora principal deste estudo, representando um protocolo clínico estruturado que acompanha o paciente ao longo da internação, com foco em monitoramento, segurança e reabilitação, estabelecendo um sentido técnico e humanista. Além disso, a palavra “valente” carrega a importância da coragem, tão essencial para este tratamento.

Em relação à revisão, a busca inicial resultou na identificação de 134 artigos potencialmente relevantes. Após a remoção de duplicidades entre as bases (27 artigos duplicados), restaram 107 estudos para triagem. A etapa de leitura de títulos e resumos levou à exclusão de 68 artigos, pelos seguintes motivos: foco exclusivamente ambulatorial ou psicoterapêutico ($n=41$); estudos relacionados à anorexia nervosa em adultos ($n=15$); ausência de abordagem nutricional ou hospitalar ($n=12$). Foram selecionados 39 artigos para leitura na íntegra. Durante a leitura completa, 23 estudos foram excluídos por: não apresentarem dados aplicáveis ao ambiente hospitalar ($n=14$); apresentarem apenas opinião de especialistas sem relação com cuidado nutricional ($n=5$); ausência de metodologia clara ou aplicável ao contexto brasileiro ($n=4$). Assim, 16 artigos compuseram a síntese final e fundamentaram a construção das quatro fases do Protocolo VALENT, dos quais 10 (62,5%) eram internacionais (EUA, Austrália, Reino Unido, Canadá) e 6 (37,5%) eram estudos nacionais, incluindo revisões, protocolos clínicos e relatos institucionais relacionados ao manejo de anorexia nervosa e terapia nutricional em adolescentes.



Figura 1 - Protocolo VALENT composto por 4 fases para a linha de cuidado intra-hospitalar para adolescentes com anorexia nervosa.

A integração dos achados subsidiou diretamente a construção das quatro fases do Protocolo VALENT, o qual encontra-se descrito na Figura 1 e destaca os seguintes temas: admissão nutricional e alinhamento dos retornos periódicos; processo de avaliação do estado nutricional e ingestão alimentar; estruturação das discussões de cuidado com a equipe médica e multidisciplinar periodicamente; padronização de vestimentas e fala; estratégias para progressão da oferta nutricional; estruturação do processo de desospitalização e transição do cuidado.

Em todas as etapas, reforça-se a importância da comunicação efetiva entre todos os profissionais e familiares, alinhando a dimensão do cuidado e as estratégias nutricionais. A seguir, apresenta-se uma descrição detalhada de cada fase deste protocolo.

Fase 1

Esta fase inicia-se com a admissão nutricional precoce, em até 24 horas após a admissão, investigando aspectos comportamentais, dieta habitual e contexto familiar. Além disso, a ingestão nutricional é calculada para estimar a ingestão calórica e proteica média, servindo como ponto de partida para o início da terapia nutricional e o estabelecimento de metas nutricionais. Uma avaliação nutricional antropométrica é realizada considerando peso atual, altura, peso habitual, percentual de perda de peso, circunferência do braço, prega cutânea tricipital e circunferência da panturrilha. Vestuário padronizado é determinado para a pesagem, a fim de reduzir o viés otimista de ganho de peso devido à manipulação do paciente (roupas excessivas e alta ingestão de água).

antes da pesagem podem ser evidenciadas). Uma equipe multidisciplinar de encaminhamento deve ser identificada nesta fase. As orientações para a equipe de nutrição clínica e a unidade de alimentos e bebidas, incluindo garçonetes, cozinheiros, nutricionistas de produção e chefe de cozinha, devem começar com a compreensão da complexidade do diagnóstico e da importância de cada profissional para um atendimento de excelência e para garantir o fornecimento nutricional adequado.

Fase 2

Nesta fase, a estrutura de encontros interdisciplinares semanais é reforçada, considerando a evolução nutricional (antropometria, ingestão alimentar, exames bioquímicos, tolerância gastrointestinal) e comportamental. A pesagem é realizada a cada quatro dias, antes do café da manhã e após a micção, para reduzir o viés otimista de evolução positiva, enfatizando a importância de não permitir que o paciente com transtorno alimentar veja o peso medido na balança. A antropometria é realizada semanalmente, com o cuidado de não revelar dados objetivos ao paciente neste momento. As consultas de acompanhamento devem ser periódicas e são recomendadas em conjunto com a equipe multidisciplinar e médica, especialmente nutricionistas e psiquiatras, para reduzir episódios de manipulação e contribuir para o alinhamento e esclarecimento oportunos.

Fase 3

Esta é uma fase fundamental e mais longa. Ela inclui a progressão da ingestão nutricional a cada três dias e a

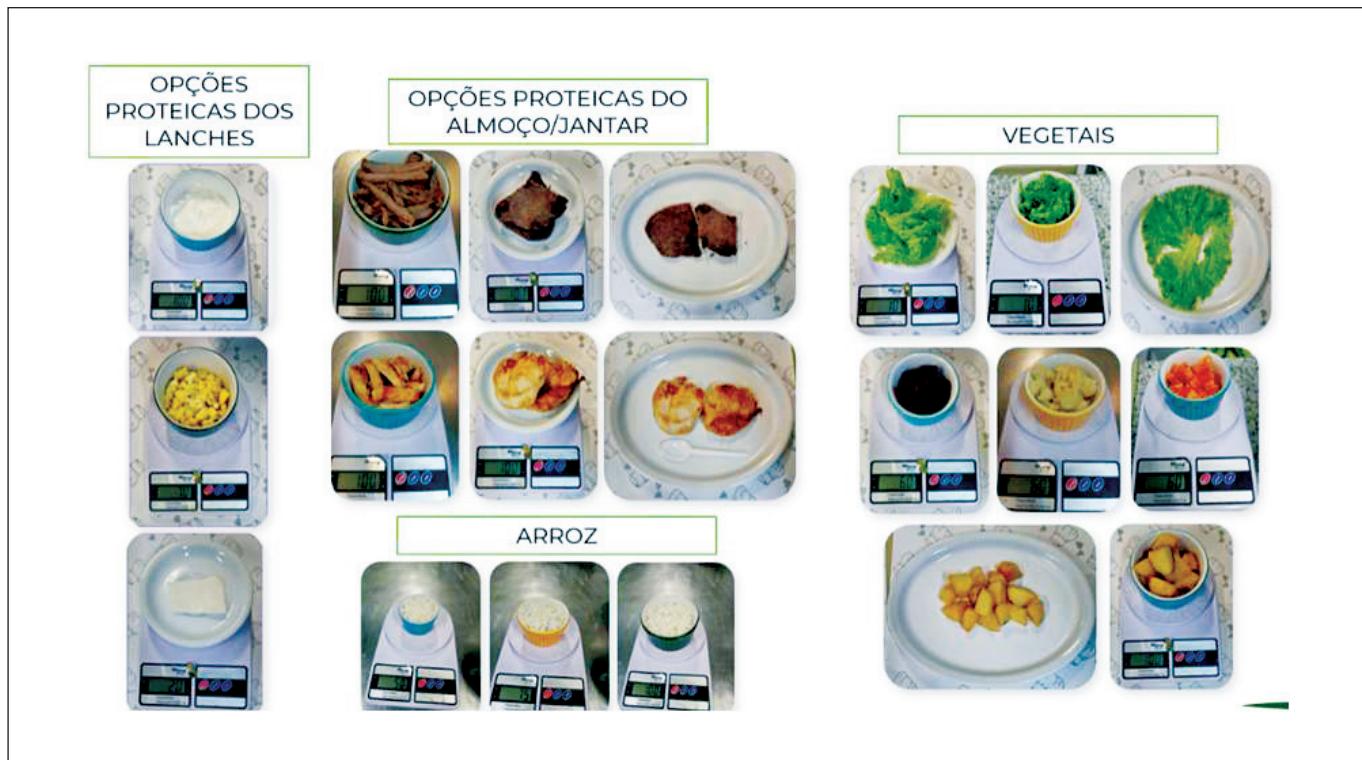


Figura 2 - Demonstração parcial do método de orientação nutricional ilustrada desenvolvida na instituição.

avaliação do processo de aceitação. Estratégias de suplementação oral são exploradas nesta fase, e a terapia nutricional enteral também pode ser considerada, dependendo de cada caso.

Fase 4

Esta etapa crucial dá início à estruturação da desospitalização com base na observação de progressos positivos e sustentados no ambiente hospitalar. A transição do cuidado para uma equipe externa especializada, com a inclusão de um nutricionista ambulatorial, ainda no hospital, promove o vínculo e facilita as negociações nutricionais. O processo de orientação prática inicia-se com visitas familiares à cozinha do hospital, contribuindo para o esclarecimento precoce e o fornecimento físico e digital de orientações nutricionais ilustradas, conforme ilustrado na Figura 2.

DISCUSSÃO

A proposta de um plano de cuidado nutricional hospitalar faseado para adolescentes diagnosticados com anorexia nervosa tem o potencial de representar um avanço na organização do cuidado para essa população. A abordagem faseada permite um tratamento progressivo e individualizado, respeitando as necessidades clínicas, emocionais e sociais dos pacientes. A literatura indica que a abordagem hospitalar para transtornos alimentares em adolescentes deve ser intensiva, multidimensional e baseada em evidências^{8,9}. O

modelo aqui proposto alinha-se a essas recomendações ao integrar avaliação clínica, estratégias nutricionais, aspectos comportamentais e envolvimento familiar contínuo.

Na Fase 1, a ênfase na admissão nutricional precoce em até 24 horas da admissão está em linha com protocolos internacionais que reforçam a importância da avaliação nutricional inicial para prevenção de complicações clínicas e estabelecimento de metas terapêuticas seguras¹⁰. A avaliação antropométrica detalhada e padronizada, com controle para variáveis que podem ser manipuladas pelos pacientes (como vestimenta e ingestão hídrica), contribui para maior precisão e confiabilidade dos dados e é uma prática recomendada em centros especializados¹¹. A integração precoce da equipe multidisciplinar e o envolvimento dos profissionais da unidade de alimentação e nutrição (UAN) refletem um cuidado sistêmico, no qual cada elo da cadeia produtiva e de suprimentos de alimentos é conscientizado do impacto de seu trabalho na recuperação do paciente. Essa estratégia é respaldada pela literatura sobre segurança alimentar hospitalar e cuidado centrado no paciente¹².

A Fase 2, ao enfatizar reuniões interdisciplinares semanais e a análise integrada de marcadores clínicos, comportamentais e nutricionais, reforça a necessidade de um cuidado coordenado e colaborativo, característica central dos modelos de atenção à saúde mental e aos transtornos alimentares¹³. O monitoramento rigoroso das aferições de peso, evitando a divulgação dos resultados aos pacientes, é uma prática

defendida por especialistas para prevenir o reforço negativo de comportamentos disfuncionais¹⁴. A inclusão de familiares em reuniões conduzidas por múltiplos profissionais contribui para aumentar a adesão ao tratamento e reduzir comportamentos manipulativos, promovendo um ambiente de maior confiança e transparência, fatores-chave para o sucesso terapêutico¹⁵.

A Fase 3 representa o cerne do processo de reabilitação nutricional e deve ser conduzida com cautela e conhecimento técnico. A progressão gradual da ingestão alimentar, com ajustes a cada 3 dias, permite a observação da tolerância e da adaptação metabólica, mitigando o risco de síndrome de realimentação, complicação potencialmente grave e frequentemente subestimada no manejo de pacientes com desnutrição grave¹⁰. O uso de suplementação oral e, em casos indicados, terapia nutricional enteral, deve ser baseado em protocolos bem definidos e conduzido por equipe treinada. É importante ressaltar que a decisão pelo uso de sonda enteral deve ser cuidadosamente discutida com o paciente e seus responsáveis, reforçando o caráter terapêutico e não punitivo do recurso⁶. Essa abordagem respeitosa e técnica tem sido destacada como diferencial em centros que alcançam melhores desfechos clínicos¹⁶.

A Fase 4, por sua vez, assume papel estratégico no planejamento da alta hospitalar e na continuidade do cuidado. A inclusão precoce de um nutricionista ambulatorial durante a internação representa uma inovação que favorece o vínculo, a continuidade terapêutica e uma transição segura. Estudos mostram que adolescentes com anorexia nervosa apresentam altas taxas de recaída quando não há acompanhamento ambulatorial estruturado e apoio familiar contínuo¹⁷. Preparar a família por meio de visitas à cozinha do hospital, fornecer materiais educacionais ilustrados e orientar a prática fortalece o envolvimento da família no cuidado, um princípio fundamental dos modelos de tratamento centrados na família¹⁵.

Em todas as fases, a comunicação eficaz entre profissionais de saúde e familiares é um eixo transversal e essencial. A literatura reconhece que as falhas de comunicação estão entre os principais fatores associados à descontinuação do tratamento, ao baixo engajamento e às recaídas em adolescentes com transtornos alimentares^{13,18}. O itinerário de cuidado proposto inclui reuniões, consultas e orientações contínuas, promovendo um ambiente de escuta ativa, compartilhamento de conhecimento e responsabilidade compartilhada entre todos os envolvidos.

CONCLUSÃO

A estruturação de um itinerário de cuidado faseado para adolescentes com AN internados em ambiente hospitalar representa uma estratégia promissora, baseada em

evidências, focada nas necessidades do paciente e em sua rede de apoio. Sua implementação pode aprimorar o cuidado nutricional, promover melhores desfechos clínicos e contribuir para o desenvolvimento de modelos mais humanos e eficazes para o tratamento de transtornos alimentares em ambiente hospitalar.

Sugere-se estudos longitudinais com acompanhamento pós-alta, para avaliar as taxas de recaída e a adesão ao plano alimentar após a implementação do plano de cuidados estruturado. Alternativamente, estudos multicêntricos podem validar o plano de cuidados em diferentes hospitais, visando adaptar o modelo às especificidades regionais e de infraestrutura de cada serviço, podendo fortalecer a base científica do modelo proposto, contribuindo para sua disseminação nos serviços de saúde e para a melhoria contínua do cuidado nutricional para transtornos alimentares.

A implementação do protocolo VALENT representa uma estratégia inovadora e necessária, visto as complexidades clínicas e emocionais. Assim, ela abrange a avaliação precoce e sistemática, monitoramento contínuo, progressão nutricional segura, trabalho multidisciplinar integrado e envolvimento familiar, aspectos que se alinham às recomendações da literatura científica e aos princípios do cuidado centrado na pessoa.

O cruzamento de dados científicos, trabalhos práticos e centros de referência é essencial para otimizar a terapia e a recuperação nutricional, impactando positivamente a qualidade do cuidado e a segurança dos pacientes hospitalizados. No contexto da transição de cuidado, a integração da equipe médica, da equipe multidisciplinar e da equipe externa especializada é prioritária. Essa coordenação entre os profissionais de saúde e a inclusão ativa da família são consideradas elementos-chave para o sucesso do plano terapêutico, fomentando o vínculo, a confiança e a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, otimizando o alinhamento das abordagens de curto, médio e longo prazo.

Existe potencial de replicabilidade, podendo nortear o desenvolvimento de protocolos institucionais, treinamento de equipes e qualificação de serviços hospitalares gerais ou não especializados em transtornos alimentares, enfatizando a necessidade de uma abordagem ética, empática e baseada em evidências, sempre considerando o sofrimento psíquico e os desafios inerentes a essa condição.

REFERÊNCIAS

- Nunes DCL, Ramos AL, Zilio FA, Souza EP, Souza PAESS, Mainente APB, et al. Anorexia nervosa: desafios no diagnóstico precoce, implicações clínicas de longo prazo e novas perspectivas terapêuticas. *Braz J Implantol Health Sci.* 2025;7(12):756-70.
- Chakraborty K, Basu D. Management of anorexia and bulimia nervosa: An evidence-based review. *Indian J Psychiatry.* 2010;52(2):174-86.

3. Calcaterra V, Magenes VC, Fratangeli N, Nigro G, Fabiano V, Mendolicchio L, et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis in anorexia nervosa; an underestimated endocrine dysfunction among adolescents. *Front Pediatr.* 2024;12:1415061.
4. Treasure J, Stein D, Maguire S. Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An exploration of the evidence. *Early Interv Psychiatry.* 2015;9(3):173-84.
5. Norrington A, Stanley R, Tremlett M, Birrell G. Medical management of acute severe anorexia nervosa. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2012;97(2):48-54.
6. Kolar DR, Mejia Rodriguez DL, Chams MM, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders in Latin America: a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry.* 2016;29(6):363-71.
7. Baudinet J, Simic M. Adolescent eating disorder day programme treatment models and outcomes: a systematic scoping review. *Front Psychiatry.* 2021;12:652604.
8. Golden NH, Katzman DK, Sawyer SM, Ornstein RM, Rome ES, Garber AK, et al. Position paper of the society for adolescent health and medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults. *J Adolesc Health.* 2015;56(1):121-5.
9. Collins K. Eating disorder clinical pathway (internet). Johns Hopkins All Children's Hospital, Saint Petersburg; 2025. Disponível em: <https://www.hopkinsmedicine.org/-/media/files/allchildrens/clinical-pathways/eating-disorders-clinical-pathway-8202025revisions>. Acesso em: 10/10/2025.
10. Michel D, Venta A. Eating disorders. In: Fonagy P, Sharp C, Fletcher JM, Venta A. *Developmental Psychopathology*. Wiley-Blackwell, Hoboken, 2021.
11. Amusquivar AMG. Interdisciplinary team for the treatment of eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2000;5(1):223-7.
12. Dufour R, Novack K, Picard L, Chadi N, Booij L. The use of technology in the treatment of youth with eating disorders: a scoping review. *J Eat Disord.* 2022;10(1):182.
13. Amusquivar AMG. Interdisciplinary team for the treatment of eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2000;5(4):223-7.
14. Grange DL, Lock J, Loeb K, Nicholls D. Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2010;43(1):1-5.
15. Lock J, Grange DL. Family-based treatment of eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2005;37 Suppl:S64-7.
16. Madden S, Miskovic-Wheatley J, Wallis A, Kohn M, Lock J, Grange DL, et al. A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. *Psychol Med.* 2015;45(2):415-27.
17. Grange DL, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM. Randomized clinical trial of parent-focused treatment and family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(8):683-92.
18. Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder-specific treatment seeking among community cases. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(5):727-35.

Local de realização do estudo: Hospital Samaritano Higienópolis, São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver. Porém, é importante notar que esse trabalho foi apresentado no XI Congresso Paulista de Nutrição, em São Paulo, na data de 17 de maio de 2025, modalidade oral, sendo premiado como o Melhor Trabalho na categoria Apresentação Oral. Primeiro autor do trabalho recebeu o prêmio de distinção profissional do Conselho Regional de Nutrição pelo desenvolvimento deste projeto.