



RESUMO DE AULA · AULA LIVRE

Nutrição e psicologia clínica

*O que o psicólogo ganha ao olhar para o corpo do paciente
— e o que ele não pode fazer com isso. Um mapa da
psiquiatria nutricional montado em torno de uma pergunta
só: quando encaminhar.*

PROFESSOR E PSICÓLOGO CLÍNICO

Júlio Gonçalves

MSc · CRP 12/17614

Aprenda muito mais na

Comunidade Lógica Psicológica

Uma comunidade para quem quer:

- Ψ **Aprofundar o raciocínio clínico** com conteúdos que unem ciência, processos e análise funcional.
- Ψ **Estruturar uma prática ética e coerente**, com pensamento crítico e evidências atualizadas.
- Ψ **Desenvolver o self clínico** por meio de supervisão, leituras guiadas e construção em rede.

[Clique aqui e saiba mais](#)



O ESSENCIAL

- Ψ **O psicólogo não prescreve dieta nem suplemento, e não interpreta exame para diagnosticar.** Esse limite não é detalhe da aula — é a condição para que todo o resto seja utilizável.
- Ψ **O ganho está na anamnese e no encaminhamento.** Saber o suficiente para formular uma boa suspeita e endereçá-la a quem tem competência para investigar.
- Ψ **Um cérebro inflamado, mal nutrido ou metabolicamente comprometido responde pior à psicoterapia** — o que torna o fator biológico parte da formulação, e não desculpa fora dela.
- Ψ **Sinais visíveis dão pistas:** queda de cabelo, unhas quebradiças, pele seca, palidez, fadiga persistente. Pista é hipótese, não diagnóstico.
- Ψ **Nem tudo que é plausível está demonstrado.** A evidência para suplementos em saúde mental é bem mais estreita do que o entusiasmo do campo sugere — ver as ressalvas ao longo do texto.

O que é psiquiatria nutricional

A psiquiatria nutricional é um campo emergente e multidisciplinar que estuda a influência do estado nutricional sobre o funcionamento cerebral, o humor, a cognição e o comportamento (Sarris et al., 2015).

E a definição vem com uma delimitação importante: **não é um campo exclusivo da nutrição**. Ele exige colaboração entre nutricionistas, psicólogos e médicos. O objetivo, para o psicólogo, é compreender como a alimentação afeta a saúde mental — **sem usurpar o papel de ninguém**.

Há base empírica crescente para o interesse. Ensaios randomizados de melhoria dietética mostraram efeito sobre sintomas depressivos (Jacka et al., 2017), e metanálises confirmam efeitos modestos mas consistentes sobre depressão, com achados menos claros para ansiedade (Firth et al., 2019b).

Onde termina o nosso trabalho

Esta seção vem antes de qualquer conteúdo técnico de propósito. Sem ela, o resto do material vira risco.

O que o psicólogo não faz

Não prescreve dietas. Não prescreve suplementos. Não interpreta exames com o intuito de diagnosticar doença clínica. Prescrição dietética é competência privativa do nutricionista (Lei nº 8.234/1991), e diagnóstico de doença é ato médico. Atuar fora disso fere o Código de Ética Profissional do Psicólogo (Resolução CFP nº 10/2005).

O que sobra, então? Bastante — e é justamente o que a aula defende:

Onde termina o nosso trabalho

NÃO FAZ

Prescrever dietas

competência privativa do nutricionista

Prescrever suplementos

Interpretar exame para diagnosticar

diagnóstico de doença é ato médico

FAZ

Enriquecer a anamnese

Observar sinais físicos em sessão

Encaminhar com suspeita formulada

Fazer psicoeducação

sem afirmação diagnóstica

O limite não é detalhe: é a condição para que todo o resto do conhecimento seja utilizável sem risco.

- Ψ **Enriquecer a anamnese** com perguntas que a formação de base não ensinou a fazer.
- Ψ **Observar sinais físicos** que aparecem na sessão e costumam passar despercebidos.
- Ψ **Fazer encaminhamentos fundamentados** — não “procura um médico”, mas uma suspeita formulada com clareza suficiente para orientar quem vai investigar.
- Ψ **Fazer psicoeducação** sobre a relação entre corpo e sofrimento psíquico, sem afirmação diagnóstica.

A formulação prática que a aula sugere: ao notar sintomas que podem ter causa biológica, **indicar a busca por avaliação** com médico ou nutricionista — em vez de afirmar ao paciente que ele tem uma deficiência nutricional.

Por que o corpo interfere na psicoterapia

O argumento central é clínico, não retórico: um cérebro inflamado, mal nutrido ou metabolicamente comprometido **processa pior e regula pior**. E, principalmente, fatores inflamatórios prejudicam a **neuroplasticidade** — que é exatamente o mecanismo do qual a psicoterapia depende para funcionar.

Inflamação

A dieta ocidental, rica em ultraprocessados, açúcar e farinhas refinadas, favorece estado de inflamação crônica e estresse oxidativo. O padrão mediterrâneo é citado como contraponto com efeitos protetores (Sánchez-Villegas et al., 2013). A associação entre marcadores inflamatórios e depressão é uma das linhas mais consolidadas do campo (Miller & Raison, 2016; Marx et al., 2021).

Disfunção mitocondrial

A mitocôndria produz o ATP de que o cérebro precisa para funcionar. Quando essa produção fica prejudicada, aparecem fadiga mental, dificuldade de concentração, memória ruim e menor capacidade de regulação emocional — quadro que, num consultório de psicologia, é lido com frequência como desmotivação ou resistência.

Neuroplasticidade e BDNF

Neuroplasticidade e neurogênese dependem de nutrientes, sono adequado e atividade física. O fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) estimula a formação de novos neurônios e participa da recuperação após estresse (Duman & Monteggia, 2006).

O que isso muda na leitura do caso

Não se trata de trocar explicação psicológica por explicação biológica. Trata-se de reconhecer que o **domínio biofisiológico é um dos domínios da rede** — como a jornada da leitura vem tratando desde o metamodelo — e que ignorá-lo pode fazer o terapeuta insistir num alvo que não vai ceder enquanto a base não for corrigida.

Microbiota, e a resposta ao psicofármaco

A microbiota intestinal participa da regulação hormonal e neuronal, e o eixo intestino-cérebro virou uma das áreas mais ativas da neurociência da última década (Cryan et al., 2019).

Um desdobramento citado na aula merece registro por ser pouco conhecido: a **farmacomicrobiômica**, campo emergente que investiga como a composição da microbiota influencia a resposta do paciente a psicofármacos. Se confirmado em escala, é um fator a mais para explicar por que dois pacientes com o mesmo diagnóstico e a mesma medicação respondem de formas tão diferentes.

Grau de maturidade da evidência

Boa parte do que se sabe sobre eixo intestino-cérebro vem de modelos animais e de estudos observacionais em humanos. Os mecanismos são plausíveis e o campo é sério, mas a distância entre “existe relação” e “intervir na microbiota melhora desfecho psiquiátrico” ainda é grande. Vale citar com entusiasmo contido.

Semiologia: o que dá para observar em sessão

A aula propõe que psicólogos pratiquem uma **semiologia nutricional** básica — não para concluir nada, mas para levantar hipótese. Sinais visíveis que valem atenção:

- Ψ Queda de cabelo
- Ψ Unhas quebradiças
- Ψ Pele seca, palidez
- Ψ Fadiga persistente
- Ψ Cãimbras, dormências

Foram citadas as deficiências mais frequentemente correlacionadas ao estado mental — entre elas zinco, selênio, proteína, ferro e vitamina D. E os nutrientes descritos como centrais para produção de energia e síntese de neurotransmissores incluem as vitaminas do complexo B, magnésio, ferro e coenzima Q10.

Como usar essa lista sem estragar tudo

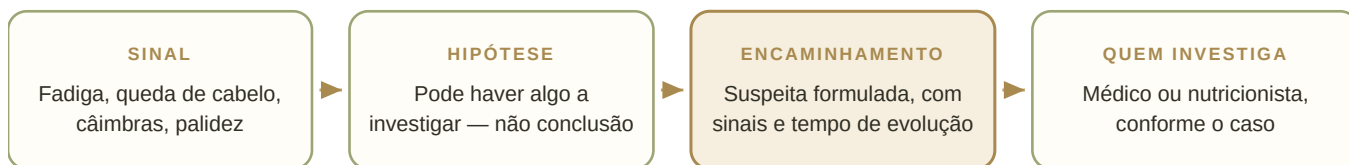
A lista serve para **formular a pergunta**, não a resposta. “Notei que você tem falado de fadiga e mencionou queda de cabelo; vale conversar com um médico ou nutricionista sobre isso” é conduta adequada. “Você deve estar com deficiência de ferro” não é — é diagnóstico, e não é nosso.

Anamnese e exames — para encaminhar, não para diagnosticar

Perguntas que refinam a formulação

- Ψ Padrão alimentar geral e rotina das refeições
- Ψ Histórico de cirurgia bariátrica
- Ψ Uso de agonistas de GLP-1 e outros medicamentos para emagrecimento
- Ψ Uso de inibidores de bomba de prótons
- Ψ Problemas intestinais
- Ψ Exposição solar
- Ψ Qualidade e regularidade do sono
- Ψ Sedentarismo
- Ψ Sintomas como fadiga persistente, cãimbras, dormências

Do sinal ao encaminhamento



O contraexemplo é “procura um médico”: transfere o problema sem orientar ninguém.

A pista serve para formular a pergunta, não a resposta. O que o psicólogo entrega é uma suspeita clara o bastante para orientar quem vai investigar.

Alfabetização em exames

O psicólogo não solicita exames nem os interpreta para diagnosticar. Mas **entender o que os biomarcadores indicam** permite reconhecer quando um encaminhamento é necessário — e conversar com o médico ou nutricionista em termos que eles reconheçam. Foram citados proteína C-reativa, ferritina, hemograma, níveis vitamínicos, hemoglobina glicada, perfil tireoidiano, perfil lipídico e marcadores inflamatórios como homocisteína e lipoproteína(a).

Sobre “valores de referência” e “níveis ótimos”

Surgiu na aula a questão da discrepância entre os intervalos de referência dos laboratórios e os chamados níveis ótimos. O argumento apresentado foi que os valores laboratoriais se baseiam em parâmetros de doença, e não de saúde.

Vale nuançar: os intervalos de referência são construídos estatisticamente a partir de populações saudáveis, e a discussão sobre faixas ideais é legítima em alguns analitos e frágil em outros, variando conforme a evidência disponível. Seja como for, **essa é uma disputa técnica entre médicos e nutricionistas — não é o psicólogo quem a arbitra**. Reproduzi-la em sessão como se fosse consenso pode gerar ansiedade em paciente com exame normal.

Situações que pedem atenção redobrada

Pós-bariátrica

Pacientes operados apresentam com frequência deficiências vitamínicas, e a suplementação exige acompanhamento contínuo. O papel do psicólogo aqui é de **suporte à adesão** — estratégias de lembrete, alarmes, rotina —, o que é trabalho comportamental legítimo e nada tem de prescrição.

Transtornos alimentares

Em anorexia, bulimia e transtorno de compulsão alimentar, vale investigar o histórico de acompanhamento e a adesão às orientações da equipe, e trabalhar as estratégias de lembrete quando

houver suplementação prescrita.

Um cuidado que a aula não tinha como cobrir

Nesse grupo, conversas sobre nutrientes, exames e composição de dieta podem alimentar diretamente a psicopatologia — checagem, contagem, novas regras alimentares. Aqui, mais do que em qualquer outro lugar, **a parte nutricional pertence à equipe**, e o psicólogo sustenta o processo sem entrar no conteúdo. Na dúvida, menos é mais.

Agonistas de GLP-1

Medicamentos como a semaglutida e a tirzepatida atuam em receptores de GLP-1, reduzindo apetite e o chamado ruído alimentar (Wilding et al., 2021; Jastreboff et al., 2022). São eficazes, e trazem questões clínicas próprias para quem acompanha o paciente em psicoterapia:

- Ψ **Deficiências nutricionais** por baixa ingestão calórica e inadequação da dieta, exigindo acompanhamento profissional contínuo.
- Ψ **Risco de desidratação** e outros efeitos que pedem monitoramento médico.
- Ψ **A medicação como ferramenta temporária**, não como cura permanente — o que tem consequência direta sobre expectativa e planejamento terapêutico.

E um ponto clínico que vale destacar: ao remover o alimento como via de alívio, o paciente pode desenvolver **compulsões compensatórias** em outras áreas — jogos, pornografia, compras. A recomendação é preparar o paciente para essa possibilidade durante o tratamento medicamentoso.

Sobre esse último ponto

A observação é clinicamente plausível e tem paralelo na literatura sobre transferência de dependência no pós-bariátrico, mas **ainda não está estabelecida para agonistas de GLP-1**. Trate como hipótese a acompanhar com o paciente, não como efeito esperado a ser anunciado — anunciar pode, inclusive, funcionar como sugestão.

Restrições alimentares permanentes

Quando a restrição é definitiva — intolerâncias, doença celíaca —, há um custo emocional e social real. A sugestão foi trabalhar com **estratégias de aceitação**, na chave da ACT (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012): não convencer o paciente de que é fácil, e sim ajudá-lo a viver a vida que importa carregando a restrição.

Referências

1. BRASIL. Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991. Regulamenta a profissão de Nutricionista.
2. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 10/2005. Código de Ética Profissional do Psicólogo.

3. Cryan, J. F., O'Riordan, K. J., Cowan, C. S. M., et al. (2019). The microbiota-gut-brain axis. *Physiological Reviews*, 99(4), 1877–2013.
4. Duman, R. S., & Monteggia, L. M. (2006). A neurotrophic model for stress-related mood disorders. *Biological Psychiatry*, 59(12), 1116–1127.
5. Firth, J., Teasdale, S. B., Allott, K., et al. (2019a). The efficacy and safety of nutrient supplements in the treatment of mental disorders: A meta-review of meta-analyses of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 18(3), 308–324.
6. Firth, J., Marx, W., Dash, S., et al. (2019b). The effects of dietary improvement on symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychosomatic Medicine*, 81(3), 265–280.
7. Firth, J., Gangwisch, J. E., Borsini, A., Wootton, R. E., & Mayer, E. A. (2020). Food and mood: How do diet and nutrition affect mental wellbeing? *BMJ*, 369, m2382.
8. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy* (2ª ed.). Guilford Press.
9. Jacka, F. N., O'Neil, A., Opie, R., et al. (2017). A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the “SMILES” trial). *BMC Medicine*, 15, 23.
10. Jastreboff, A. M., Aronne, L. J., Ahmad, N. N., et al. (2022). Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *New England Journal of Medicine*, 387(3), 205–216.
11. Marx, W., Lane, M., Hockey, M., et al. (2021). Diet and depression: Exploring the biological mechanisms of action. *Molecular Psychiatry*, 26(1), 134–150.
12. Miller, A. H., & Raison, C. L. (2016). The role of inflammation in depression. *Nature Reviews Immunology*, 16(1), 22–34.
13. Sánchez-Villegas, A., Martínez-González, M. A., Estruch, R., et al. (2013). Mediterranean dietary pattern and depression: The PREDIMED randomized trial. *BMC Medicine*, 11, 208.
14. Sarris, J., Logan, A. C., Akbaraly, T. N., et al. (2015). Nutritional medicine as mainstream in psychiatry. *The Lancet Psychiatry*, 2(3), 271–274.
15. Wilding, J. P. H., Batterham, R. L., Calanna, S., et al. (2021). Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *New England Journal of Medicine*, 384(11), 989–1002.

NOTA DE MÉTODO

O caso citado em aula está desidentificado, e as perguntas de participantes foram incorporadas sem identificação nominal. **Deliberadamente não reproduzi doses, valores de corte de exames, listas de suplementação ou orientações dietéticas:** o material é para psicólogos, e reproduzir esse nível de detalhe convidaria a um uso fora de competência — que é justamente o que a aula alerta para evitar. Três afirmações receberam ressalva no corpo do texto. A recomendação de associar ômega-3 a vitamina E foi omitida por dois motivos: é prescrição de suplemento, e a justificativa apresentada (melhora de absorção e mitigação de toxicidade por metais pesados) não corresponde à função usual da vitamina E em formulações de óleo de peixe, que é evitar a oxidação do produto. A afirmação de que enzimas lactase forçariam um processo metabólico a ser evitado também foi omitida por não encontrar respaldo: a reposição enzimática é considerada segura no uso habitual. E a hipótese de compulsões compensatórias sob agonistas de GLP-1 foi mantida como hipótese, com a ressalva de que ainda não está estabelecida. Sobre suplementos em geral, vale registrar o que a melhor síntese disponível sustenta: a evidência mais forte é para ácidos graxos ômega-3 como adjuvante em depressão, com achados positivos para metilfolato em depressão maior e evidência emergente para N-acetilcisteína; para vitaminas e minerais isolados a evidência é fraca (Firth et al., 2019a). As demais referências foram acrescentadas para dar respaldo formal a afirmações feitas em aula sem citação explícita. Nenhuma citação foi construída para preencher lacuna.

Levar para a prática

Marque conforme experimentar em sessão — e salve o PDF para acompanhar.

Incluí na anamnese perguntas sobre alimentação, sono, exposição solar, intestino e uso de medicamentos.

Observei sinais físicos em sessão sem transformá-los em afirmação diagnóstica.

Formulei o encaminhamento com uma suspeita clara — e não só “procura um médico”.

Verifiquei se algum sintoma que eu vinha tratando como psicológico pode ter base biológica não investigada.

Em paciente com transtorno alimentar, deixei o conteúdo nutricional com a equipe.

Com paciente em uso de GLP-1 ou pós-bariátrica, trabalhei adesão e expectativa — não dieta.

Não afirmei nada sobre exames, doses ou suplementos.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

Responda com suas palavras. O PDF guarda o que você escrever. O gabarito está na página seguinte — responda antes de consultar.

1. Que três coisas o psicólogo não pode fazer nesse terreno, e por quê?

2. Como um estado inflamatório pode interferir no resultado da psicoterapia?

3. Escreva um encaminhamento seu, com a suspeita formulada — sem afirmação diagnóstica.

4. Que sintomas de um paciente atual você vinha lendo só pela ótica psicológica e que mereceriam investigação biológica?

5. Por que a conversa sobre nutrientes e exames exige cuidado extra em transtornos alimentares?

6. Como você abordaria, com um paciente em uso de GLP-1, a possibilidade de outras formas de alívio aparecerem?

7. Onde, na sua prática, o entusiasmo com explicação biológica poderia virar excesso de alcance?

Gabarito

Comentários para conferência. Nas perguntas de aplicação pessoal não há resposta certa — o que se oferece são critérios para avaliar a própria resposta.

1. Que três coisas o psicólogo não pode fazer nesse terreno, e por quê?

COMENTÁRIO

Não prescrever dietas — competência privativa do nutricionista. **Não prescrever suplementos. Não interpretar exames com intuito de diagnosticar** doença clínica — diagnóstico de doença é ato médico. Atuar fora disso fere o Código de Ética Profissional do Psicólogo. O limite não é detalhe: é a condição para que o restante do conhecimento seja utilizável sem risco.

2. Como um estado inflamatório pode interferir no resultado da psicoterapia?

COMENTÁRIO

Porque fatores inflamatórios prejudicam a **neuroplasticidade** — que é exatamente o mecanismo do qual a psicoterapia depende para funcionar. Um cérebro inflamado processa e regula pior; somam-se fadiga mental, dificuldade de concentração e menor capacidade de regulação emocional, quadro frequentemente lido em consultório como desmotivação ou resistência.

3. Escreva um encaminhamento seu, com a suspeita formulada — sem afirmação diagnóstica.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Um bom encaminhamento formula uma **suspeita clara** — sinais observados, tempo de evolução, o que se pretende investigar — sem afirmar diagnóstico, e é endereçado a quem tem competência para investigar. O contraexemplo é “procura um médico”, que transfere o problema sem orientar ninguém.

4. Que sintomas de um paciente atual você vinha lendo só pela ótica psicológica e que mereceriam investigação biológica?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta parte de sinais concretos — fadiga persistente, queda de cabelo, câimbras, alterações de sono — e reconhece que pista é **hipótese, não diagnóstico**. O valor do exercício está em admitir que algum sintoma vinha sendo tratado apenas como psicológico sem que a hipótese biológica tenha sido descartada.

5. Por que a conversa sobre nutrientes e exames exige cuidado extra em transtornos alimentares?

COMENTÁRIO

Porque nesse grupo conversas sobre nutrientes, exames e composição de dieta podem **alimentar diretamente a psicopatologia** — checagem, contagem, novas regras alimentares. Ali, mais do que em qualquer outro lugar, a parte nutricional pertence à equipe, e o psicólogo sustenta o processo sem entrar no conteúdo. Na dúvida, menos é mais.

6. Como você abordaria, com um paciente em uso de GLP-1, a possibilidade de outras formas de alívio aparecerem?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta trata a possibilidade como **hipótese a acompanhar**, e não como efeito esperado — a transferência para outras formas de alívio tem paralelo na literatura do pós-bariátrico, mas não está estabelecida para agonistas de GLP-1. E reconhece o risco de anunciá-la: pode funcionar como sugestão.

7. Onde, na sua prática, o entusiasmo com explicação biológica poderia virar excesso de alcance?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa, e a pergunta é de autocrítica. Uma boa resposta identifica onde o entusiasmo com explicação biológica poderia virar afirmação diagnóstica, interpretação de exame ou orientação alimentar — e propõe o que fazer no lugar: transformar a hipótese em pergunta e endereçá-la a quem tem competência para respondê-la.