

INTERAÇÃO MEDICAMENTO- ALIMENTO E SUPLEMENTOS EM TEA E TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

*Nutrição como aliada para um tratamento
mais seguro e eficaz*





2026 Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Diretoria Executiva de Pessoas, Sustentabilidade e Responsabilidade Social. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS. Projeto TeleNordeste.

Elaboração e informações

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Diretoria de Responsabilidade Social

Rua Treze de Maio, 1.815, Bela Vista, São Paulo/SP

Tel.: (11) 3549-1000

Site: www.hospitaloswaldocruz.org.br/

Diretoria Executiva de Pessoas, Sustentabilidade e Responsabilidade Social

Maria Carolina Lourenço Gomes

Gerência de Escritório de Projetos

Simone Rodrigues Faria

Coordenação do Projeto TeleNordeste

Fernanda Saks Hahne

Relatoria

Aryane Lima Rolim

Carla Anita Pavan

Adriana Miyauchi

André Felipe Martins de Araujo Silva

Jéssica Fausto Soares Pommerening

Marcos Aurelio Maeyama

Ricardo Mendes de Matos

Tatiane Cifuentes

Vanessa dos Santos Gonçalves Senra

SUMÁRIO

Introdução.....	4
1.1 Antipsicóticos.....	4
1.2 Estimulantes para TDAH.....	5
1.3 Antidepressivos.....	6
1.4 Inibidores da monoaminoxidase (IMAO).....	7
1.5 Estabilizadores de humor.....	8
1.6 Anticonvulsivantes usados em psiquiatria.....	9
1.7 Principais orientações nutricionais no TEA.....	9
Monitoramento laboratorial sugerido.....	10
2. Suplementos nutricionais em psiquiatria e TEA.....	10
2.1 Ômega-3 (EPA + DHA).....	11
2.2 Vitamina D.....	11
2.3 Ferro.....	12
2.4 Zinco.....	13
2.5 Magnésio.....	14
2.6 Vitamina B12.....	14
2.7 Ácido fólico (Vitamina B9).....	15
2.8 Probióticos.....	16
2.9 Melatonina.....	17
2.10 Creatina.....	17
Referências.....	19

INTRODUÇÃO



Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outros transtornos psiquiátricos frequentemente fazem uso contínuo e, em muitos casos, concomitante de diferentes psicofármacos. Esse cenário exige atenção às possíveis interações entre medicamentos, alimentos e suplementos, bem como aos efeitos que o tratamento pode exercer sobre o apetite, o peso, o estado nutricional e parâmetros metabólicos.

Diante dessa complexidade, o acompanhamento nutricional integrado à equipe multiprofissional constitui uma importante estratégia para identificar precocemente alterações, favorecer a segurança do tratamento e contribuir para a adesão e a qualidade do cuidado.

Este material foi elaborado com o propósito de atualizar e reforçar aspectos essenciais dessa abordagem, reunindo, de forma objetiva e prática, informações que possam apoiar os profissionais na identificação, prevenção e manejo das principais interações medicamento-alimento e medicamento-suplemento presentes na prática assistencial.

1.1 ANTIPSICÓTICOS

Principais medicamentos

- Risperidona
- Aripiprazol
- Olanzapina
- Quetiapina
- Clozapina
- Ziprasidona
- Lurasidona

Principais interações alimento-medicamento

Medicamento	Interação alimentar	Conduta nutricional
Risperidona	Ganho ponderal e aumento do apetite	Controle de ultraprocessados e açúcares

Medicamento	Interação alimentar	Conduta nutricional
Olanzapina	Forte associação com síndrome metabólica	Dieta hipocalórica monitorada
Clozapina	Constipação severa + ganho de peso	Hidratação e fibras
Ziprasidona	Necessita alimento para adequada absorção	Administrar com refeição ≥ 500 kcal
Lurasidona	Absorção depende de alimento	Administrar com refeição ≥ 350 kcal

A absorção da Ziprasidona pode dobrar quando administrada com alimento, enquanto a Lurasidona apresenta redução significativa da eficácia se tomada em jejum.

Condutas clínicas recomendadas

- Monitorar:
 1. IMC;
 2. Circunferência abdominal;
 3. Glicemia;
 4. Perfil lipídico;
- Avaliar seletividade alimentar no TEA
- Priorizar fibras e proteínas magras
- Reduzir bebidas açucaradas
- Vigiar compulsão alimentar

1.2. ESTIMULANTES PARA TDAH

Principais medicamentos

- Metilfenidato
- Lisdexanfetamina
- Atomoxetina



Interações alimentares relevantes

Medicamento	Interação alimentar	Conduta nutricional
Metilfenidato	Redução do apetite	Fracionar refeições
Lisdexanfetamina	Perda de peso	Priorizar refeições hipercalóricas em horários de melhor aceitação
Atomoxetina	Náuseas	Administrar após refeições

No TEA, estimulantes podem apresentar menor tolerabilidade gastrointestinal e maior sensibilidade comportamental.

Estratégias nutricionais

- Café da manhã reforçado antes da medicação;
- Refeições maiores no período noturno;
- Monitoramento de crescimento infantil;
- Uso de suplementos hipercalóricos quando necessário.

1.3. ANTIDEPRESSIVOS

Principais medicamentos

- Sertralina
- Fluoxetina
- Escitalopram
- Venlafaxina
- Trazodona

Interações importantes

Classe	Interação alimentar	Recomendação
ISRS	Náuseas iniciais	Tomar após refeições
Trazodona	Melhor tolerabilidade com alimento	Administrar após refeição leve
Venlafaxina	Reduz desconforto GI* com comida	Administrar com alimento

*GI = Gastrointestinal

1.4. INIBIDORES DA MONOAMINOXIDASE (IMAO)

Medicamentos

- Fenelzina
- Tranilcipromina
- Selegilina

Interação clássica: Tiramina

Os **IMAOs** possuem interação potencialmente grave com alimentos ricos em **tiramina**, podendo causar crise hipertensiva.

Alimentos que DEVEM ser evitados

- Queijos maturados
- Vinhos
- Embutidos
- Salames
- Fermentados
- Shoyu
- Cervejas artesanais
- Extrato de levedura



Conduta

- Educação alimentar rigorosa
- Lista impressa de restrições
- Monitoramento pressórico

1.5. ESTABILIZADORES DE HUMOR

Lítio

Interações críticas

Fator alimentar	Efeito
Desidratação	↑ toxicidade
Redução abrupta de sal	↑ litemia
Excesso de cafeína	↓ níveis séricos
Suspensão abrupta de cafeína	↑ níveis séricos

Mudanças bruscas no consumo de cafeína podem elevar significativamente os níveis séricos de lítio.

Condutas fundamentais

- Hidratação regular
- Ingestão estável de sódio
- Evitar dietas restritivas severas
- Monitorar vômitos e diarreia
- Atenção em práticas esportivas intensas

1.6. ANTICONVULSIVANTES USADOS EM PSIQUIATRIA

Medicamentos

- Valproato
- Carbamazepina
- Lamotrigina

Interações relevantes

Medicamento	Interação	Conduta
Valproato	Ganho de peso	Controle calórico
Carbamazepina	Pode reduzir vitamina D	Monitorar estado nutricional
Valproato	Alterações hepáticas	Atenção à ingestão alcoólica

1.7. PRINCIPAIS ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS NO TEA

Pacientes com TEA frequentemente apresentam:

- seletividade alimentar
- hipersensibilidade sensorial
- preferência por carboidratos simples
- constipação
- compulsão alimentar induzida por antipsicóticos

Consensos internacionais recomendam abordagem multiprofissional contínua, incluindo:

- acompanhamento nutricional
- terapia comportamental
- monitoramento metabólico
- educação familiar

MONITORAMENTO LABORATORIAL SUGERIDO

Exame	Frequência
Glicemia	3–6 meses
Perfil lipídico	6 meses
Função hepática	Conforme droga
Função renal	Lítio
TSH	Lítio
Peso e IMC	Todas as consultas

2. SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS EM PSIQUIATRIA E TEA

Legenda da Evidência

 Evidência Forte

Revisões sistemáticas, metanálises e diretrizes internacionais.

 Evidência Moderada

Ensaios clínicos controlados ou resultados consistentes.

 Evidência Limitada

Poucos estudos ou resultados conflitantes.

 Não recomendado

Sem benefício comprovado ou não indicado para uso rotineiro.

2.1.ÔMEGA-3 (EPA + DHA)

Pergunta	Resposta
Quando indicar?	Depressão maior (adjuvante), hipertrigliceridemia, baixa ingestão de peixes e alguns casos selecionados de TDAH.
Quando NÃO indicar?	Como tratamento dos sintomas centrais do TEA ou substituto dos psicofármacos.
Dose estudada	EPA 1–2 g/dia (preferência para formulações ricas em EPA).
Nível de evidência	Depressão ● Hipertrigliceridemia ● TDAH ● TEA ●
Interações e cuidados	Cautela com anticoagulantes e antiagregantes; administrar com refeições.

2.2.VITAMINA D

Pergunta	Resposta
Quando indicar?	Deficiência comprovada, osteopenia/osteoporose, baixa exposição solar ou grupos de risco.



Pergunta	Resposta
Quando NÃO indicar?	Suplementação indiscriminada em indivíduos com níveis adequados.
Dose estudada	Individualizada conforme 25(OH)D sérica.
Nível de evidência	Correção da deficiência ● Melhora dos sintomas psiquiátricos isoladamente ●
Interações e cuidados	Monitorar cálcio sérico em altas doses; evitar megadoses sem acompanhamento.

2.3.FERRO

Pergunta	Resposta
Quando indicar?	Deficiência de ferro ou ferritina reduzida; anemia ferropriva; situações específicas de TDAH com deficiência documentada.
Quando NÃO indicar?	Ferritina normal e ausência de deficiência.
Dose estudada	Conforme deficiência e faixa etária.

Pergunta	Resposta
Nível de evidência	Tratamento da deficiência ● TDAH sem deficiência ●
Interações e cuidados	Evitar administração junto com cálcio, café e chá; associar vitamina C pode aumentar a absorção.

2.4.ZINCO

Pergunta	Resposta
Quando indicar?	Deficiência comprovada ou ingestão insuficiente.
Quando NÃO indicar?	Uso indiscriminado sem avaliação nutricional.
Dose estudada	Conforme idade e deficiência.
Nível de evidência	Correção da deficiência ● TDAH ● TEA ●
Interações e cuidados	Reduz a absorção de ferro e cobre quando utilizado em altas doses por tempo prolongado.

2.5. MAGNÉSIO

Pergunta	Resposta
Quando indicar?	Hipomagnesemia documentada, baixa ingestão alimentar ou condições clínicas específicas.
Quando NÃO indicar?	Rotina em todos os pacientes com TEA ou transtornos psiquiátricos.
Dose estudada	Individualizada.
Nível de evidência	Correção da deficiência ● Ansiedade ● TEA ●
Interações e cuidados	Reduz absorção de tetraciclina, quinolonas e levotiroxina; espaçar pelo menos 2 horas.

2.6. VITAMINA B12

Pergunta	Resposta
Quando indicar?	Deficiência comprovada, anemia megaloblástica, vegetarianos estritos ou má absorção.
Quando NÃO indicar?	Pacientes com níveis adequados sem indicação clínica.

Pergunta	Resposta
Dose estudada	Conforme deficiência.
Nível de evidência	Correção da deficiência ● Melhora de sintomas psiquiátricos isoladamente ●
Interações e cuidados	Metformina e IBPs podem reduzir sua absorção em uso prolongado.

2.7.ÁCIDO FÓLICO (VITAMINA B9)

Pergunta	Resposta
Quando indicar?	Deficiência comprovada, gestação ou uso de anticonvulsivantes específicos.
Quando NÃO indicar?	Sem investigação prévia da vitamina B12 em casos de anemia macrocítica.
Dose estudada	Conforme indicação clínica.
Nível de evidência	Correção da deficiência ● Adjuvante em depressão (casos selecionados) ●

Pergunta	Resposta
Interações e cuidados	Pode mascarar deficiência de vitamina B12 quando utilizada isoladamente.

2.8.PROBIÓTICOS

Pergunta	Resposta
Quando indicar?	Constipação, diarreia associada a antibióticos e algumas condições gastrointestinais.
Quando NÃO indicar?	Como tratamento dos sintomas centrais do TEA.
Dose estudada	Cepa-específica.
Nível de evidência	Constipação ● Diarreia associada a antibióticos ● TEA ●
Interações e cuidados	Selecionar cepas com evidência para o objetivo clínico.

2.9.MELATONINA

Pergunta	Resposta
Quando indicar?	Distúrbios do sono, especialmente em crianças com TEA, após medidas de higiene do sono.
Quando NÃO indicar?	Uso indiscriminado sem investigação da causa da insônia.
Dose estudada	Geralmente 1–5 mg em crianças; individualizar.
Nível de evidência	Distúrbios do sono no TEA ●
Interações e cuidados	Pode potencializar sedação quando associada a outros depressores do SNC.

2.9.CREATINA

Pergunta	Resposta
Quando indicar?	Preservação de massa muscular, sarcopenia e pesquisas emergentes em depressão resistente (sempre em conjunto com avaliação médica).
Quando NÃO indicar?	Como tratamento do TEA ou transtornos psiquiátricos sem indicação específica.

Pergunta	Resposta
Dose estudada	3–5 g/dia.
Nível de evidência	Massa muscular ● Depressão (adjuvante) ● TEA ●
Interações e cuidados	Monitorar função renal em pacientes com doença renal prévia; manter boa hidratação.

REFERÊNCIAS

BRUNI, Oliviero et al. Insomnia in children affected by autism spectrum disorder: the impact of melatonin treatment and current guidelines. *European Journal of Paediatric Neurology*, Amsterdam, v. 50, p. 36–44, 2024. DOI: 10.1016/j.ejpn.2024.04.008.

CHANG, Jane Pei-Chen et al. Omega-3 polyunsaturated fatty acids in youths with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of clinical trials and biological studies. *Neuropsychopharmacology*, London, v. 43, n. 3, p. 534–545, 2018. DOI: 10.1038/npp.2017.160.

DRALLE, Benjamin. Drug-food interactions in psychiatry: case discussion and conceptual review. Rochester: Mayo Foundation for Medical Education and Research; Minnesota Psychiatric Society, 2024. Material apresentado no Minnesota Psychiatric Society Fall Program, 26 out. 2024. Disponível em: Minnesota Psychiatric Society. Acesso em: 10 jul. 2026.

GUARNER, Francisco et al. Diretrizes mundiais da Organização Mundial de Gastroenterologia: probióticos e prebióticos. Milwaukee: World Gastroenterology Organisation, 2023. Disponível em: World Gastroenterology Organisation. Acesso em: 10 jul. 2026.

GUU, Tzu-Wei et al. International Society for Nutritional Psychiatry Research practice guidelines for omega-3 fatty acids in the treatment of major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Basel, v. 88, n. 5, p. 263–273, 2019. DOI: 10.1159/000502652.

HELLINGS, Jessica A. Pharmacotherapy in autism spectrum disorders, including promising older drugs warranting trials. *World Journal of Psychiatry*, Pleasanton, v. 13, n. 6, p. 262–277, 2023. DOI: 10.5498/wjp.v13.i6.262.

HOLICK, Michael F. et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Oxford, v. 96, n. 7, p. 1911–1930, 2011. DOI: 10.1210/jc.2011-0385.

HOWES, Oliver D. et al. Autism spectrum disorder: consensus guidelines on assessment, treatment and research from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, London, v. 32, n. 1, p. 3–29, 2018. DOI: 10.1177/0269881117741766.

KREIDER, Richard B. et al. International Society of Sports Nutrition position stand: safety and efficacy of creatine supplementation in exercise, sport, and medicine. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, London, v. 14, art. 18, 2017. DOI: 10.1186/s12970-017-0173-z.

REFERÊNCIAS

MAGELLAN HEALTHCARE. Appropriate use of psychotropic drugs in children and adolescents: clinical monograph. Scottsdale: Magellan Healthcare, 2022.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Office of Dietary Supplements. Folate: fact sheet for health professionals. Bethesda: NIH, 2022. Disponível em: NIH Office of Dietary Supplements. Acesso em: 10 jul. 2026.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Office of Dietary Supplements. Magnesium: fact sheet for health professionals. Bethesda: NIH, 2026. Disponível em: NIH Office of Dietary Supplements. Acesso em: 10 jul. 2026.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Office of Dietary Supplements. Vitamin B12: fact sheet for health professionals. Bethesda: NIH, 2025. Disponível em: NIH Office of Dietary Supplements. Acesso em: 10 jul. 2026.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Office of Dietary Supplements. Vitamin D: fact sheet for health professionals. Bethesda: NIH, 2025. Disponível em: NIH Office of Dietary Supplements. Acesso em: 10 jul. 2026.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Office of Dietary Supplements. Zinc: fact sheet for health professionals. Bethesda: NIH, 2026. Disponível em: NIH Office of Dietary Supplements. Acesso em: 10 jul. 2026.

ROCHA, Gabriela P. et al. Orientações ao pediatra sobre o manejo das drogas psicoativas e suas interações. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 80, supl. 2, p. S45–S55, 2004.

SATHE, Nila et al. Nutritional and dietary interventions for autism spectrum disorder: a systematic review. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2017. Comparative Effectiveness Review, n. 197.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guideline: daily iron supplementation in infants and children. Geneva: World Health Organization, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Gap Action Programme: mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 2.0. Geneva: World Health Organization, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental Health Gap Action Programme: mhGAP guideline for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2023.

