
Tratamento nutricional no transtorno alimentar restritivo evitativo: uma revisão integrativa

Nutritional treatment in restrictive avoiding disorder: an integrative review

Tratamiento nutricional en el trastorno alimentario restrictivo por evitación: una revisión integradora

Deise Kelly de Oliveira Cardoso



[ORCID](#) - [Lattes](#)

Carla Loureiro Mourilhe Silva - [ORCID](#) - [Lattes](#)

Carlos Eduardo Ferreira Moraes - [ORCID](#) - [Lattes](#)

José Carlos Borges Appolinário - [ORCID](#) - [Lattes](#)

RESUMO:

O Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE) consiste em uma perturbação na alimentação ou forma de comer, como uma aparente falta de interesse pela comida, evitação dos alimentos de acordo com determinadas características sensoriais e preocupação com consequências aversivas do comer, levando a uma incapacidade persistente em atender às necessidades nutricionais do organismo. O objetivo deste trabalho foi identificar e analisar os estudos, que abordam sobre o tratamento nutricional do TARE, com o intuito de auxiliar o profissional de nutrição na condução do tratamento adequado. Foi realizada uma revisão integrativa nas bases de dados [Pubmed](#) e [SciElo](#) utilizando como critérios de inclusão: tratamento, manejo e/ou gestão, cujo foco principal fosse tratamento nutricional da doença, não delimitando data de publicação. Foram encontrados 191 artigos, desses somente 36 estudos foram incluídos na síntese interpretativa. O ano com o maior número de publicações foi 2021. Dentre os principais resultados, destacamos a necessidade de tratamento por uma equipe multidisciplinar treinada em transtornos alimentares, incluindo o profissional de nutrição, garantindo que o paciente tenha acesso à combinação médica, dietética e psicológica com maiores chances de sucesso e recuperação da saúde. Várias lacunas para trabalhos futuros

foram encontradas, incluindo validação de instrumentos para avaliação do TARE; caracterização e diferenciação da doença em relação a anorexia nervosa; sistematização do tratamento nutricional de acordo com cada subgrupo característico do transtorno e a obtenção de dados epidemiológicos mais robustos.

Palavras-chave: transtorno da evitação ou restrição da ingestão de alimentos, neofobia alimentar, transtorno alimentar restritivo evitativo, TARE, transtorno alimentar

ABSTRACT:

Avoidant Restrictive Eating Disorder (ARFID) consists of a disturbance in eating or eating, such as an apparent lack of interest in eating, avoidance according to certain sensory characteristics of food, concern with aversive consequences of eating, leading to an inability persistent in meeting the nutritional needs of the body. The tratamento nutricional, objective of this work was to identify and analyze the studies, which address the nutritional treatment of ARFID. An integrative review was carried out in the [Pubmed](#) and [SciElo](#) databases with the following inclusion criteria: treatment, management, whose main focus was the nutritional treatment of the disease, without delimiting publication data. From the 191 articles found, 36 were included in the interpretative synthesis. The year with the largest number of publications was 2021. Among the main results, we highlight the need for treatment by a multidisciplinary team experienced in the field of eating disorders, including the registered dietitian, ensuring that the patient has access to the dietary and psychological, medical combination with greater chances of success and health recovery. Several gaps for future work were found, including validation of instruments for assessing ARFID; characterize and differentiate the disease in relation to anorexia nervosa; systematize nutritional treatment according to each subgroup characteristic of the disorder and collect more robust epidemiological data.

Keywords: avoidant restrictive food intake disorder, ARFID, food neophobia, nutritional treatment, avoidant restrictive eating disorder, eating disorder

RESUMEN:

El Trastorno Alimentario Restrictivo por Evitación (TARE) consiste en una alteración en el acto de comer o comer, como una aparente falta de interés en la comida, evitación de la comida de acuerdo con ciertas características

sensoriales y preocupación por las consecuencias aversivas de la comida, lo que conduce a una incapacidad persistente para cumplir con los requisitos. las necesidades nutricionales del cuerpo. El objetivo de este trabajo fue identificar y analizar los estudios que abordan el tratamiento nutricional de la TARE, con el objetivo de ayudar al profesional de la nutrición en la realización del tratamiento adecuado. Se realizó una revisión integradora en las bases de datos [Pubmed](#) y [SciElo](#) utilizando los siguientes criterios de inclusión: tratamiento, manejo y/o manejo, cuyo foco principal fue el tratamiento nutricional de la enfermedad, sin delimitar datos de publicación. Se encontraron un total de 191 artículos, de los cuales solo 36 estudios fueron incluidos en la síntesis interpretativa. El año con mayor número de publicaciones fue 2021. Entre los principales resultados destacamos la necesidad de tratamiento por un equipo multidisciplinario capacitado en trastornos alimentarios, incluyendo un profesional de nutrición, asegurando que el paciente tenga acceso a la combinación médica, dietética y psicológica. con mayores posibilidades de éxito y recuperación de la salud. Se encontraron varios vacíos para trabajos futuros, incluida la validación de instrumentos para evaluar la TARE; caracterización y diferenciación de la enfermedad en relación con la anorexia nerviosa; sistematización del tratamiento nutricional según cada subgrupo característico del trastorno y obtención de datos epidemiológicos más robustos

Palabras clave: trastorno de la ingesta alimentaria evitativa/restrictiva, neofobia alimentaria, tratamiento nutricional, trastorno alimentario evitativo restrictivo, TAER, trastorno alimentario

Como citar: Cardoso DKO, Silva CLM, Moraes CEF, Appolinário JCB. Tratamiento nutricional no transtorno alimentar restritivo evitativo: uma revisão integrativa. Debates em Psiquiatria, Rio de Janeiro. 2023;13:1-34. <https://doi.org/10.25118/2763-9037.2023.v13.453>

Conflicto de intereses: declaram não haver

Fonte de financiamento: declaram não haver

Parecer CEP: não se aplica

Recebido em: 19/12/2022

Aprovado em: 09/04/2023

Publicado em: 06/05/2023

Introdução

O Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE) caracteriza-se pela quantidade e/ou variedade inadequada da ingestão de alimentos e foi incluído no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição (DSM-5). O diagnóstico não está presente no contexto de preocupações significativas com a forma e o peso corporal, associado a comportamentos obsessivos com a aparência física, medo de engordar, interesse em emagrecer ou distorção da imagem corporal [1].

Trata-se de um distúrbio persistente na alimentação que pode resultar em desnutrição significativa ou falha no ganho de peso, além de comprometimento no crescimento e/ou interferência no ambiente psicossocial [2], e em alguns casos mais graves, pode levar a dependência de suplementos nutricionais orais [3]. Ainda não há uma ferramenta validada para avaliação da psicopatologia associada, o que pode dificultar o diagnóstico, entretanto, observa-se uma variabilidade substancial em sua apresentação. Existem três critérios característicos na condução dos comportamentos alimentares, podendo ocorrer independentemente ou em combinação: **1)** uma aparente falta de interesse em comer, um comer restritivo, onde há indiferença ao alimento, mesmo em porções muito pequenas; **2)** uma evitação com base nas características sensoriais da comida, um comer seletivo, com sensibilidade sensorial, dificuldades ao sentir o cheiro, ver a aparência, sentir a textura e o sabor; **3)** uma preocupação com as consequências aversivas de comer por experiência física ou emocional prévia, como engasgo, intoxicação ou alergia alimentar [4].

O TARE pode ocorrer em todas as idades, entretanto, é mais frequente na infância e início da adolescência, tem maior prevalência no sexo masculino, e relata um período mais longo de duração em comparação a anorexia nervosa e bulimia nervosa. Comumente está associado a ansiedade generalizada e a sensibilidade sensorial, sendo muito incidente em crianças do espectro autista e com distúrbios de aprendizagem e deficiência cognitiva [2, 5].

De forma geral, a recusa alimentar é comum e transitória entre as crianças sem questões alimentares, e cerca de 35% dos pais relatam esse comportamento que tende a se modificar conforme ocorrem exposições repetidas aos alimentos [6]. As crianças com evitação alimentar clinicamente mais relevantes, não respondem às exposições de alimentos, e precisam de uma atenção maior e especializada [7]. Uma vez que o TARE

é um diagnóstico, relativamente, recente do DSM-5, há poucos estudos publicados sobre o seu tratamento, devido as suas complexidades, incluindo a falta de consenso sobre métodos de categorização e pequenos tamanhos amostrais [8]. Ainda não há nenhum tratamento específico recomendado. Este tema se torna ainda mais relevante, ao pensar que os transtornos alimentares comumente começam a se manifestar na infância e adolescência, e nessa fase têm maiores chances de reversão do prognóstico [9].

Diante dessas considerações apresentadas, buscamos entender como seria o tratamento nutricional para esses pacientes. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar e analisar dados da literatura que descreveram o tratamento nutricional do TARE em crianças e adultos.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que seguiu as seguintes etapas para a sua realização: elaboração de questão norteadora; definição das bases de dados e estabelecimento de critério de inclusão e exclusão de estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; interpretação dos resultados e, apresentação da revisão e síntese do conhecimento; separando os que abordavam o tratamento de forma abrangente e os que visavam especificamente o tratamento nutricional. Os artigos foram identificados por busca bibliográfica realizada no mês de março de 2023, nas bases de dados [Pubmed](#) e [SciElo](#). Foram incluídos artigos publicados em inglês e espanhol, não delimitando data de publicação, desde que apresentassem informações sobre o tratamento nutricional do TARE.

Foram utilizados os seguintes termos de busca: *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, ARFID*, juntamente com outros descritores, como, *nutritional and behavioral, nutrition counseling, nutritional requirements, treatment*. Desse modo foi criada a seguinte chave de busca: (*Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* [mh] OR *ARFID* [tiab]) AND (*nutritional and behavioral* [tiab] OR *nutrition counseling* [tiab] OR *nutritional requirements* [tiab] OR *treatment*). Estratégia equivalente foi adotada na base de dados SciElo. Outras fontes foram acrescentadas, livros publicados na área de conhecimento das ciências da saúde e sociais, incluindo aqueles que relataram presença de TARE e outros transtornos alimentares.

Na busca inicial, foram encontradas 191 publicações. Pela leitura dos títulos e resumos, foi possível excluir aquelas em duplicidade, estudos que não atendiam aos critérios de inclusão ou ao tema proposto. Como critério de inclusão inicial, os estudos deveriam apresentar na metodologia a avaliação do tratamento nutricional nos indivíduos com TARE. Porém, não foram encontradas publicações específicas sobre este tema, então, a busca foi direcionada para um termo mais amplo como, tratamento, manejo e/ou gestão do TARE. Posteriormente os artigos selecionados foram avaliados para verificar se abordavam o tratamento nutricional. Foram excluídos os estudos cujo foco principal de avaliação tratava-se de outros constructos que não o tratamento nutricional da doença. Para fins de análise, buscou-se inicialmente classificar os estudos quanto às particularidades de exposição das características da doença e os que relataram algum tratamento.

Na quarta fase da pesquisa, as publicações foram analisadas e os dados interpretados de forma organizada e sintetizados por meio de elaboração de tabelas, contendo os seguintes itens: identificação do artigo, autores, ano de publicação, local (país) de realização, objetivos, desenho metodológico, tratamento e principais resultados.

A partir daí, prosseguiu-se com a análise da fundamentação teórica dos estudos, bem como a observação das características gerais dos artigos. Por fim, realizou-se a apreciação da metodologia aplicada, resultados obtidos e discussão.

Resultados

No total foram encontrados 191 artigos, sendo 187 na base de dados *Pubmed* e quatro artigos na base de dados da *Scielo*. Destes, quatro artigos foram excluídos por serem duplicatas. Seguiu-se a exclusão por título, foram eliminados 55 artigos por não condizerem com o tema principal da pesquisa, não atendendo a questão norteadora. Somente 132 estudos foram selecionados por apresentarem informações sobre o curso do transtorno alimentar e restritivo/evitativo e o tratamento. Destes, foram eliminados 132 após a leitura do resumo, que não condiziam com a questão do trabalho, e foi possível selecionar 36 artigos que abordavam sobre a importância da equipe multidisciplinar, no qual o profissional nutricionista está inserido no contexto do tratamento do TARE, e apenas 16 discutiam a conduta nutricional de forma mais específica [Figura 1].

Os 36 artigos selecionados atendiam aos critérios de inclusão para o alcance do objetivo proposto. O maior número de publicações incluídas foi da [Pubmed](#) (97,2%) e, o restante na [SciElo](#) (0,36%). Houve predomínio do idioma inglês, com predominância de estudos norte-americanos (69,4%), seguido de canadenses (11,1%), os outros estudos são provenientes dos seguintes países: Londres (2,8%), Nova Zelândia (2,8%), Cingapura (2,8%), Polônia (2,8%), Chile (2,8%), França (2,8%) e Suíça (2,8%). Os 36 estudos, foram analisados e classificados a partir de alguns descritores, tais como, autores/ ano/ país; principais objetivos do estudo; metodologia; tratamento e principais resultados. Uma categoria importante avaliada nos artigos foi o tratamento utilizado. Os estudos foram organizados e divididos em duas tabelas. Na primeira, os estudos que abordam sobre o tratamento de forma mais abrangente, ou seja, profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, tipos e tempo de tratamento, e não descrevem a conduta nutricional. Na segunda, os estudos que citam o tratamento nutricional de forma mais específica [[Tabelas 1 e 2](#)].

A primeira categoria de classificação foi ano de publicação. A [Tabela 3](#) apresenta o número de publicações por ano, divididos por frequência e percentagem. Todos os estudos incluídos na revisão foram desenvolvidos em âmbito internacional, não tendo nenhum tratamento traduzido e adaptado à realidade social do nosso país. As pesquisas foram feitas com indivíduos adultos e crianças, entretanto, a amostra mais frequente foi o público infantil e adolescente. Supõe-se que esteja relacionado a maior prevalência da doença nesta faixa etária.

Os 16 artigos (44,4%) abordaram efetivamente sobre o manejo nutricional, destacando sobre a atribuição do nutricionista no planejamento da reintrodução alimentar, cálculo nutricional, avaliação da necessidade de suplementação, educação nutricional para a família e para o paciente, 28 estudos (77,8%) abordaram o tratamento multidisciplinar, 15 estudos (41,6%) tratamento psicológico familiar, 10 (27,8%) estudos fizeram o tratamento direcionando o tratamento somente para o paciente e 14 estudos (38,9%) se utilizaram de tratamento farmacológico [[Tabela 4](#)].

Discussão

Aspectos nutricionais de desenvolvimento infantil

Esta revisão teve como objetivo identificar e analisar dados da literatura que descreveram o tratamento nutricional do TARE em crianças e adultos. O tratamento do TARE deve ser conduzido essencialmente por uma equipe

multidisciplinar treinada para o atendimento desse público específico, incluindo profissionais de nutrição, pediatras, psiquiatras, psicólogos, além de terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos. A terapia mais empregada no tratamento foi a terapia cognitiva comportamental (TCC) com intervenções comportamentais, avanço gradual da textura, recompensa positiva, treinamento de técnicas parentais, além de tratamento farmacológico em alguns casos.

O TARE apresenta um quadro clínico onde o comportamento alimentar está alterado e contribui para a situação de doença [10]. A maior parte dos estudos concentra-se no tratamento de crianças e adolescentes. Sabe-se que este é um período de vida vulnerável, onde ocorre um importante crescimento e desenvolvimento, além dos primeiros anos de vida serem decisivos para implementação de hábitos alimentares saudáveis que vão corroborar para promoção e manutenção da saúde até a fase adulta [11, 12]. A alimentação seletiva desde a primeira infância, quadros de ansiedade em relação à comida, história de vômitos, traumas e/ou alergia, estilo de alimentação familiar, disponibilidade de alimentos saudáveis, podem desempenhar um papel importante no desenvolvimento da doença [13]. O olhar atento dos profissionais da área pediátrica tem papel importante na observação dos primeiros sinais de complicações nos comportamentos alimentares visando a correta orientação, à fim de corrigir danos nutricionais comuns nesse grupo [12, 14].

A infância e a adolescência são marcadas por muitas transformações na alimentação, pois os comportamentos se desenvolvem de maneiras diferentes de acordo com aspectos físicos, sociais e emocionais ao longo de cada fase [14].

A fase do lactente, do nascimento aos 2 anos de idade, passa pelo período da amamentação e alimentação complementar, sendo necessário, cuidados especiais em relação a qualidade nutricional, pois ocorre a “janela de oportunidades” e o manejo nutricional nesse período resulta na prevenção de doenças e na redução da mortalidade, além de ser um momento em que a criança está mais aberta a experimentar novos sabores [15], entretanto, no final da fase lactente, a queixa de recusa alimentar é muito frequente.

Na fase pré-escolar, dos 2 aos 6 anos de idade, há uma maior independência e se torna necessário a sedimentação de hábitos. Nesse período, há um comportamento alimentar imprevisível e dificuldades na

alimentação são frequentes. Orientações educativas são particularmente úteis nesse momento para que esses comportamentos não se transformem em distúrbios alimentares e perdurem em fases posteriores [14, 16].

Na fase escolar, dos 7 aos 10 anos de idade, é um período de intenso crescimento e com ganho de peso mais acentuado próximo a adolescência, há o aumento da independência e o início de novos laços sociais, o que contribui para novos hábitos, inclusive os alimentares [14].

A rejeição de frutas e verduras são impulsionadas por dois comportamentos comuns, principalmente na infância: a neofobia alimentar e a exigência para comer, sendo o primeiro caracterizado pela relutância em provar novos alimentos e o segundo pela inadequação da quantidade substancial de alimentos familiares ou não, que precisam ser consumidos para a manutenção da saúde. Esses comportamentos contribuem para uma redução de diversidade dietética com consequências negativas para o organismo. Ambos os comportamentos estão presentes no TARE e alguns fatores como, pressão para comer, traços de personalidade, práticas parentais ou estilo de alimentação familiar e influências sociais, colaboram para o agravamento do quadro [17, 18].

As dificuldades alimentares, comumente, estão relacionadas com desordem entre o alimentador e a criança, sendo assim, o estilo de alimentação dos cuidadores deve ser incorporado na avaliação do problema. Pressão dos pais para comer, maior sensibilidade ao “nojo” e aversões alimentares foram associadas a um comportamento de alimentação exigente que pode abrir um caminho para o TARE [3].

De forma geral, a alimentação seletiva na infância, incluindo o TARE, é identificado como um fator de risco para sintomas psiquiátricos futuros, enquanto comer exigente (aceitar um alimento em um dia, mas evitá-lo no próximo, ou sistematicamente, evitar alimentos que não são os preferidos, como por exemplo, algum legume específico) é comum entre as crianças, principalmente quando pequenas e expandem suas preferências alimentares conforme amadurecem [4].

O TARE pode causar consequências clínicas graves como anormalidades eletrolíticas, deficiência de vitamina A, E, B12, D, K e folato, de minerais como ferro e cálcio, bem como alteração do sono, fraqueza muscular, perda de peso, desnutrição e deficiência no crescimento [4], além de distúrbios gastrointestinais funcionais que podem ser anteriores ao TARE

ou podem surgir com a restrição alimentar [19, 20]. A correta orientação nutricional desempenha um papel fundamental que pode prevenir carências nutricionais comuns nesse grupo [12, 14].

Existe uma sequência de triagem que permite distinguir as principais características de cada dificuldade alimentar e auxiliar o avaliador a escolher o gerenciamento ideal e necessário.

As crianças são categorizadas nos três principais comportamentos alimentares: apetite limitado, ingestão seletiva e medo de se alimentar, cada categoria pode ser classificada em níveis que variam de normal (pode ter sido mal interpretado pelos pais) a grave (presença comportamental e orgânica da doença), além disso, a classificação inclui o estilo de alimentação dos cuidadores (responsivos, controlador, indulgente e negligente).

Sendo assim, esses critérios auxiliam na seleção de crianças que precisarão de um suporte intensivo com equipe multiprofissional, e em casos mais leves, que precisarão ser encaminhados para um nutricionista especializado.

Alguns sintomas que caracterizam problemas alimentares que precisariam de uma abordagem com equipe multidisciplinar seriam: recusa de comida duradoura (mais de 1 mês), refeições perturbadoras e estressantes, falha ao avançar nas texturas, disfagia, aspiração, vômito e diarreia, atraso no desenvolvimento, seletividade extrema, alimentação forçada, entre outros [21]. Nesses casos apenas a educação e terapia nutricional por si, são ineficazes [22].

Além disso, observa-se que concomitantemente aos comportamentos alimentares do TARE, os pacientes que apresentam medo de se alimentar são mais propensos a serem ansiosos; os que tem apetite limitado, apresentam menos sintomas associados à doença; e aqueles que têm desafios sensoriais, apresentam menos instabilidade médica e são mais difíceis de atenderem aos critérios de diagnóstico [23].

Como os sintomas gastrointestinais são comuns em indivíduos com transtorno alimentar, há controvérsia entre quem vem primeiro, o distúrbio alimentar ou o distúrbio gastrointestinal; por exemplo, o estado de baixo peso está associado a um trânsito intestinal lento, da mesma forma que sintomas como restrição alimentar, compulsão e purgação podem estar presentes em indivíduos com problemas gastrointestinais. Sendo assim,

um distúrbio alimentar pode se desenvolver num contexto de distúrbio gastrointestinal [24].

Tratamento nutricional

O aconselhamento nutricional é essencial, sendo interessante que seja realizado por um nutricionista, pois tem a capacidade de avaliar a ingestão dietética e fazer as modificações na alimentação com base na condição clínica de cada indivíduo, preferências alimentares, crenças religiosas, bem como avaliar se os comportamentos se enquadram no que pode ser considerado como uma variação normal.

Além disso, por serem especialistas em alimentação e nutrição, podem fornecer conhecimento sobre os alimentos para os familiares e outros profissionais de saúde [25].

Profissionais que atuam no ambiente pediátrico, tem um importante papel na condução da formação de hábitos alimentares saudáveis e precisam ter habilidades de empatia, escuta ativa e observação cuidadosa, para orientar a família e conduzir o atendimento ao paciente com uma abordagem com enfoque lúdico de acordo com cada faixa etária e assertiva com o objetivo de obter maior participação e maior adesão no ambiente familiar [25].

Ao receber a família pela primeira vez, deve haver o papel investigativo quanto a todos os aspectos relacionado à alimentação da criança, desde o início da amamentação e introdução alimentar até ao problema atual, entendendo que o comportamento da criança engloba todo o meio social em volta dela (pais, avós, tios, amizade, escola, babá, etc.) e estar preparado para enfrentar resistência por parte da criança e lidar com frustração e ansiedade do processo de tratamento que pode ser muito demorado [26].

Por este motivo, no manejo de qualquer subtipo de dificuldade alimentar ou TARE, o acolhimento aos pais, que normalmente estão muito alterados emocionalmente é muito importante para a formação do vínculo de confiança com os profissionais que o auxiliarão no tratamento. O cuidado com a linguagem ao esclarecer o quadro pode contribuir para aumentar ou diminuir a ansiedade dos cuidadores. Expressões como “limite de peso”, “não engordou o suficiente” ou até recomendações estritas de quantidades, horários, introdução de alguns alimentos que a criança não consegue consumir, pode levar a um ambiente ainda mais estressante e dificultar bons resultados [16]. Os pais quando pressionados, costumam utilizar

estratégias autoritárias e permissivas que contribuem para o agravamento do quadro [27].

Tendo em vista que os aspectos relacionados aos cuidadores impactam no estilo de alimentação da criança [28], a divisão de responsabilidades é um importante fator que possibilita desenvolver comedores competentes. Nesta proposta são atribuídas responsabilidades diferentes aos pais e aos filhos com intuito de garantir uma alimentação adequada com a preservação da capacidade de autorregulação energética das crianças, onde os pais definem o que a criança vai comer, quando e onde serão realizadas as refeições, e a criança define o quanto irão comer, em relação a quantidade e variedade servida pelos pais [29].

Esta regra tem como exceção aqueles que comem abaixo das suas necessidades nutricionais e estão em risco [3, 30]. Nessa fase os hábitos alimentares estão sendo formados, por isso é importante que os pais aprendam e ensinem a seus filhos a reconhecerem seus sinais de fome e saciedade e estimulem o interesse sobre os alimentos e sobre as tarefas cotidianas que envolvem a alimentação [12].

De acordo com as publicações incluídas [2, 31, 32, 33, 34, 35], o terapeuta nutricional deve mesclar simultaneamente diversas técnicas a fim de implementar intervenções terapêuticas que tenham chance de produzir mudanças reais no comportamento da criança e da família. Um recurso muito utilizado da TCC é o questionamento socrático, que consiste em fazer perguntas contínuas sobre o que o indivíduo pensa, estimulando a curiosidade e levando-o a novas descobertas.

Esta técnica auxilia ao nutricionista a obter informações e avaliar estratégias para enfrentar as dificuldades apresentadas. A psicoeducação nutricional, onde é informado ao indivíduo dados sobre a sua condição clínica, sintomas e tratamento, pode facilitar o entendimento e o processo de mudança. O treino em soluções de problemas, também, é muito útil e eficaz de forma que a criança e os familiares preveem a dificuldade, e de que modo lidar com as questões de forma que encontre soluções produzindo o máximo de consequências positivas.

A elaboração de metas, também ajudam a regular o comportamento, guiando os passos e tarefas visando alcançar o objetivo maior, selecionando informações importantes que aumentem o engajamento do processo [36].

Outro recurso bem estabelecido para o tratamento de transtornos alimentares é a terapia de exposição, que utiliza a teoria e habitualização e aprendizagem inibitória, onde há uma redução da ansiedade ao longo das exposições e o aprendizado consciente de que o resultado temido não ocorreu. Assim, as exposições repetidas ajudarão as crianças a tolerar diferentes aspectos de novos alimentos e superar a fobia e o medo e a exposição à recompensa pode ser mais eficaz para o tratamento [37].

O sucesso do tratamento comportamental e nutricional pode depender amplamente se o paciente teve um curso longo ou curto da doença, ou seja, se foi diagnosticado e tratado precocemente ou não.

Pacientes de curso curto da doença têm melhor recuperação quando o tratamento intensivo é iniciado, em conjunto com profissional de saúde mental para lidar com a ansiedade subjacente e nutricionista para fornecer orientações nutricionais, e os de curso longo, têm sido historicamente mais difíceis para desenvolver um padrão alimentar normal [5]. Além disso, quanto mais cedo for o tratamento de intervenção, melhor será o prognóstico da doença com restauração do estado nutricional, e conseqüentemente, da saúde física [22].

O tratamento do TARE é sempre focado em aumentar a quantidade ou variedade de alimentos consumidos lidando com o motivador subjacente de evitação e/ou restrição dos alimentos. Os estudos evidenciam que o tratamento, particularmente a terapia baseada na família, são os mais utilizados e com melhor prognóstico [2, 32].

Por conta da natureza heterogênea do TARE, não é possível afirmar um tratamento específico, e sim, a associação de diferentes intervenções de tratamento de forma individualizada e de acordo com os sintomas apresentados [2]. Muitas vezes é necessário intervenções farmacológicas e sondas de alimentação enteral/ parenteral [2, 20].

Para crianças que apresentam alterações, como hipersensibilidade sensorial, podem ser necessários exercícios sensorio-motores específicos para a redução da disfunção que interfere de maneira negativa na aceitação alimentar. A técnica de dessensibilização sistemática, possibilita o aprendizado das propriedades sensoriais de cada novo alimento, e o desenvolvimento de habilidades motoras orais para comê-lo.

Em uma primeira etapa, aprende-se a tolerar a presença física ou a aparência do alimento, depois deve-se buscar a interação com a comida por meio dos utensílios, sem tocar diretamente com a pele. Em seguida,

aprende-se a processar o cheiro, e se expande para tocar com os dedos, mãos, corpo e boca. E então provar o sabor do alimento, sem a necessidade de mastigar e engolir, podendo ser apenas uma lambida. Finalmente, poderá estar apto a mastigar e engolir o alimento proposto [38].

Por fim, as diretrizes generalistas que abordam o tratamento e o manejo de crianças com restrição da ingestão de comida, apresentam as seguintes sugestões:

- 1)** Entender o histórico de aprendizagem dos pais, dada a frequência, duração do TARE, e o sistema emocional do cuidador;
- 2)** Enfatizar a importância da rotina de horários das refeições, visando a comunicação, troca de apoio e trabalho de equipe;
- 3)** Se necessário, fazer uma avaliação da função motora-oral;
- 4)** Treinamento de abordagem de exposições potencialmente perigosas, como por exemplo, histórico de engasgo, vômito e alergias;
- 5)** Apoio ao cuidador;
- 6)** Supervisão das refeições em família para uma melhor abordagem da equipe que acompanha, por exemplo, filmagem da hora da refeição;
- 7)** Recompensa à criança por se envolver em comportamentos que aumentem a abordagem alimentar;
- 8)** Supervisionar e treinar ativamente os pais para as intervenções comportamentais;
- 9)** As intervenções de abordagem do medo somático na criança ligado a alimentação são para apoiar o indivíduo com baixa aceitação dos alimentos no intuito de alcançar rápida restauração da saúde física e emocional [39].

Buscamos destacar algumas das técnicas que podem ser abordadas no tratamento do TARE, dado que nessa condição há variações significativas de como esse quadro se manifesta e não necessariamente a recuperação do peso ou a aceitação da alimentação significa que o indivíduo está curado. Entretanto, o tratamento pode solucionar deficiências nutricionais e reduzir prejuízos psicossociais, ensinando o caminho para uma vida alimentar saudável e equilibrada [40].

A pesquisa foi direcionada para “tratamento, manejo e/ou gestão do tratamento nutricional do TARE” para garantir capturar apenas os documentos relacionados a conduta nutricional na doença. Porém, existem estudos que não foram relacionados à alimentação restritiva por se tratar daqueles realizados com populações com comportamentos subclínicos, sintomaticamente semelhantes ao TARE, ou anteriores a definição do

diagnóstico, além de artigos que não mencionam claramente o manejo nutricional, mas que podem fornecer informações valiosas para o campo.

Apesar dos esforços para abordar as lacunas de conhecimento, ainda há necessidade contínua de pesquisas sobre todos os aspectos desse transtorno, sobretudo estudos clínicos randomizados avaliando questões relacionadas ao tratamento nutricional.

Estudos futuros devem buscar a determinação de instrumentos de avaliação válidos e confiáveis para diagnóstico do TARE; caracterizar as semelhanças e diferenças entre TARE e AN; determinar formas de abordagens para o tratamento nutricional do TARE de acordo com cada subgrupo, e por fim, fornecer dados epidemiológicos mais robustos para melhor compreensão da prevalência das variáveis como sexo, idade e tipo de subgrupo do TARE.

Conclusão

O tratamento nutricional no transtorno alimentar restritivo evitativo necessita de uma abordagem multidisciplinar, com uma equipe com habilidade e experiência em transtornos alimentares, garantindo ao paciente a combinação clínica, dietética e psicológica necessária. Além disso, as intervenções têm maiores chances de serem bem-sucedidas quando envolvem todos os que participam da alimentação deste indivíduo.

Há poucos estudos que avaliam o tratamento, os fatores de risco, o mecanismo de manutenção da doença, além de pouca informação sobre o manejo nutricional. Os resultados são, na maior parte das vezes, relacionados à restauração do peso, não fornecendo um quadro completo de recuperação.

Mais trabalhos devem ser feitos, para medir a gama completa de consequências físicas e/ou psicossociais do TARE, além de abordarem de forma mais clara o manejo nutricional dos pacientes de acordo com cada subgrupo da doença, assim como, o método ideal para avaliação das deficiências nutricionais.

Referências

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Bourne L, Bryant-Waugh R, Cook J, Mandy W. Avoidant/restrictive food intake disorder: a systematic scoping review of the current literature. *Psychiatry Res.* 2020;288:112961.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112961> PMID:32283448
3. Feillet F, Bocquet A, Briend A, Chouraqui JP, Darmaun D, Frelut ML, Girardet JP, Guimber D, Hankard R, Lapillonne A, Peretti N, Rozé JC, Simeoni U, Turck D, Dupont C; Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. *Arch Pediatr.* 2019;26(7):437-41. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2019.08.005> PMID:31500920
4. Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. Avoidant/restrictive food intake disorder: a three-dimensional model of neurobiology with implications for etiology and treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19:54. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0795-5> PMID:28714048 - PMCID:PMC6281436
5. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2017;47(4):95-103. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.005> PMID:28532967
6. Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, Emmett PM. Picky/fussy eating in children: review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite.* 2015;95:349-59.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.026> PMID:26232139
7. Dovey TM, Kumari V, Blissett J; Mealtime Hostage Parent Science Gang. Eating behaviour, behavioural problems and sensory profiles of children with avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), autistic spectrum disorders or picky eating: same or different? *Eur*

Psychiatry. 2019;61:56-62.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.06.008> PMID:31310945

8. Lowe KD, Barnes TL, Martell C, Keery H, Eckhardt S, Peterson CB, Lesser J, Le Grange D. Youth with avoidant/restrictive food intake disorder: examining differences by age, weight status, and symptom duration. *Nutrients*. 2019;11(8):1955.
<https://doi.org/10.3390/nu11081955> PMID:31434268 -
PMCID:PMC6723819
9. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, Callahan ST, Malizio J, Kearney S, Walsh BT. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a "new disorder" in DSM-5. *J Adolesc Health*. 2014;55(1):49-52.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.11.013> PMID:24506978
10. Badham J. Ensuring optimal breastfeeding and improvements in complementary feeding to improve infant and young child nutrition in developing countries. *Matern Child Nutr*. 2013;9(Suppl 1):1-5.
<https://doi.org/10.1111/mcn.12003> PMID:23167580 -
PMCID:PMC6860879
11. Giugliani ERJ, Victora CG. Alimentação complementar. *J Pediatr*. Rio de Janeiro. 2000;76(Supl 3):S253-62.
<https://www.jped.com.br/pt-pdf-X2255553600029160>
12. Brasil, Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
13. Bialek-Dratwa A, Szymanska D, Grajek M, Krupa-Kotara K, Szczepanska E, Kowalski O. ARFID-strategies for dietary management in children. *Nutrients*. 2022;14(9):1739.
<https://doi.org/10.3390/nu14091739> PMID:35565707
PMCID:PMC9100178
14. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. 3. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro: Sociedade

Brasileira de Pediatria; 2012.

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf

15. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS; Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet*. 2008;371(9609):340-57. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61692-4) PMID:18206223 - PMCID:PMC2258311
16. González, C. Meu filho não come! Conselhos para prevenir e resolver esse problema. São Paulo: Editora Timo; 2016.
17. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JCG. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite*. 2008;50(2-3):181-93. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.09.009> PMID:17997196
18. Lafraire J, Rioux C, Giboreau A, Picard D. Food rejections in children: cognitive and social/environmental factors involved in food neophobia and picky/fussy eating behavior. *Appetite*. 2016;96:347-57. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.09.008> PMID:26391004
19. Cooper M, Collison AO, Collica SC, Pan I, Tamashiro KL, Redgrave GW, Schreyer CC, Guarda AS. Gastrointestinal symptomatology, diagnosis, and treatment history in patients with underweight avoidant/restrictive food intake disorder and anorexia nervosa: impact on weight restoration in a meal-based behavioral treatment program. *Int J Eat Disord*. 2021;54(6):1055-62. <https://doi.org/10.1002/eat.23535> PMID:33973254
20. Burton C, Allan E, Eckhardt S, Le Grange D, Ehrenreich-May J, Singh M, Dimitropoulos G. Case presentations combining family-based treatment with the unifield protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents for comorbid avoidant restrictive food intake disorder and autism spectrum disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30(4):280-91. PMID:34777512 - PMCID:PMC8561848

21. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135(2):344-53.
<https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630> - PMID:25560449
22. Ozier AD, Henry BW; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of eating disorders. *J Am Diet Assoc*. 2011;111(8):1236-41. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.06.016> - PMID:21802573
23. Norris ML, Obeid N, Santos A, Valois DD, Isserlin L, Feder S, Spettigue W. Treatment needs and rates of mental health comorbidity in adolescent patients with ARFID. *Front. Psychiatry. Sec. Psychological Therapy and Psychosomatics*. 2021;12:680298.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.680298> - PMID:34349680
PMCID:PMC8327955
24. Murray HB, Calabrese S. Identification and management of eating disorders (including ARFID) in GI patients. *Gastroenterol Clin North Am*. 2022;51(4):765-83.
<https://doi.org/10.1016/j.gtc.2022.07.004> - PMID:36375995
25. Nascimento AG, Mattar LBF, Neri LCL, Yonamine GH, Silva APA. Educação nutricional em pediatria. Santana de Parnaíba: Editora Manole; 2018.
26. Petty MLB, Figueiredo M, Koritar P, Deram S, Pascoal C. Nutrição comportamental no atendimento de crianças. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C, editores. *Nutrição comportamental*. 2. ed. Santana de Parnaíba: Editora Manole; 2019. p. 433-63.
27. Rowell K, McGlothlin J. Helping your child with extreme picky eating: a step-by-step guide for overcoming selective eating, food aversion, and feeding disorder. Oakland: New Harbinger Publications; 2015.
28. Trofholz AC, Schulte AK, Berge JM. How parents describe picky eating and its impact in family meals: a qualitative analysis. *Appetite*. 2017;110:36-43.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.027> - PMID:27889496
PMCID:PMC5243124

29. Satter EM. The feeding relationship. *J Am Diet Assoc.* 1986;86(3):352-6. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(21\)03940-7](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(21)03940-7) - PMID:3950279
30. Guss CE, Richmond TK, Forman S. A survey of physician practices on the inpatient medical stabilization of patients with avoidant/restrictive food intake disorder. *J Eat Disord.* 2018;6:22. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0212-4> - PMID:30263118
PMCID:PMC6157044
31. Brewerton TD, D'Agostino M. Adjunctive use of olanzapine in the treatment of avoidant restrictive food intake disorder in children and adolescents in an eating disorders program. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2017;27(10):920-2. <https://doi.org/10.1089/cap.2017.0133> - PMID:29068721
32. Couturier J, Isserlin L, Norris M, Spettigue W, Brouwers M, Kimber M, McVey G, Webb C, Findlay S, Bhatnagar N, Snelgrove N, Ritsma A, Preskow W, Miller C, Coelho J, Boachie A, Steinegger C, Loewen R, Loewen T, Waite E, Ford C, Bourret K, Gusella J, Geller J, LaFrance A, LeClerc A, Scarborough J, Grewal S, Jericho M, Dimitropoulos G, Pilon D. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord.* 2020;8:4. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-0277-8>
[PMID:32021688](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32021688/) - PMCID:PMC6995106
33. Eddy KT, Thomas JJ. Introduction to a special issue on child and adolescent feeding and eating disorders and avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord.* 2019;52(4):327-30. <https://doi.org/10.1002/eat.23052> - PMID:30793776
34. Thomas JJ, Wons OB, Eddy KT. Cognitive-behavioral treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31(6):425-30. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000454> - PMID:30102641
PMCID:PMC6235623
35. Mammel KA, Ornstein RM. Avoidant/restrictive food intake disorder: a new eating disorder diagnosis in the diagnostic and statistical manual 5. *Curr Opin Pediatr.* 2017;29(4):407-13. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000507> PMID:28537947

36. Pisciolaro F, Figueiredo M, Paulino E, Alvarenga M. Nutrição comportamental no atendimento de crianças. In: Alvarenga M, Figueiredo M, Timerman F, Antonaccio C, editores. Nutrição comportamental. 2. ed. Santana de Parnaíba: Editora Manole; 2019. p. 300-28.
37. Breiner CE, Miller ML, Hormes JM. ARFID parent training protocol: a randomized pilot trial evaluating a brief, parent-training program for avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord.* 2021;54(12):2229-35. <https://doi.org/10.1002/eat.23643> PMID:34779528
38. Toomey KA. Picky eaters versus problem feeders. [place unknown]: [publisher unknown]; 2010, c2000. <https://sosapproachtofeeding.com/wp-content/uploads/2019/01/Picky-Eaters-VS-Problem-Feeders.pdf>
39. Kennedy GA, Wick MR, Keel PK. Eating disorders in children: is avoidant-restrictive food intake disorder a feeding disorder or an eating disorder and what are the implications for treatment? *F1000Res.* 2018;7:88. <https://doi.org/10.12688/f1000research.13110.1> - PMID:29399331 PMCID:PMC5773930
40. Petty ML. Dificuldades alimentares na infância e transtorno alimentar restritivo evitativo. In: Alvarenga MS, Dunker KLL, Philippi ST, editores. Transtornos alimentares e nutrição da prevenção ao tratamento. Santana de Parnaíba: Editora Manole; 2020. p. 41-66.
41. Dolman L, Thornley S, Doxtdator K, Leclerc A, Findlay S, Grant C, Breakey VR, Couturier J. Multimodal therapy for rigid, persistent avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) since infancy: a case report. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2021;26(2):451-63. <https://doi.org/10.1177/1359104520981401> - PMID:33334145
42. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, Touyz S, Ward W; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014;48(11):977-1008. <https://doi.org/10.1177/0004867414555814> - PMID:25351912

- 43. Lock J, Sadeh-Sharvit S, L'Insalata A. Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord.* 2019;52(6):746-51. <https://doi.org/10.1002/eat.23077> PMID:30924958

- 44. Mahr F, Billman M, Essayli JH, Loney SEL. Selective serotonin reuptake inhibitors and hydroxyzine in the treatment of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: rationale and evidence. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2022;32(2):117-21. <https://doi.org/10.1089/cap.2021.0038> PMID:34619050

- 45. Kambanis PE, Thomas JJ. Assessment and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2023;25:53-64. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01404-6> PMID:36640211

- 46. Peck SK, Towne T, Wierenga CE, Hill L, Eisler I, Brown T, Han E, Miller M, Perry T, Kaye W. Temperament-based treatment for young adults with eating disorders: acceptability and initial efficacy of an intensive, multi-family, parent-involved treatment. *J Eat Disord.* 2021;9:110. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00465-x> PMID:34496951 - PMCID:PMC8424819

- 47. Shimshoni Y, Silverman WK, Lebowitz ER. SPACE-ARFID: a pilot trial of a novel parent-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord.* 2020;53(10):1623-35. <https://doi.org/10.1002/eat.23341> - PMID:33464594

- 48. Thomas JJ, Becker KR, Kuhnle MC, Jo JH, Harshman SG, Wons OB, Keshishian AC, Hauser K, Breithaupt L, Liebman RE, Mirsa M, Wilhelm S, Lawson EA, Eddy KT. Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents. *Int J Eat Disord.* 2020;53(10):1636-46. <https://doi.org/10.1002/eat.23355> PMID:32776570 - PMCID:PMC7719612

- 49. Wong L, Goh LG, Ramachandran R. Evolution of paediatric eating disorders in Singapore: a historical cohort study. *Arch Dis*

Child. 2022;107(11):1046-8. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2022-323925> - PMID:35851292

- 50. Van Wye E, Matheson B, Citron K, Yang HJ, Datta N, Bohon C, Lock JD. Protocol for a randomized clinical trial for avoidant restrictive food intake disorder (ARFID) in low-weight youth. *Contemp Clin Trials*. 2023;124:107036. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2022.107036> - PMID:36460266
- 51. De Toro V, Aedo K, Urrejola P. Trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos (ARFID): lo que el pediatra debe saber. *Andes Pediatr*. 2021;92(2):298-307. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i2.2794> PMID:34106171
- 52. Herpertz-Dahlmann B. Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30(6):438-45. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000357> PMID:28777106
- 53. Katzman DK, Norris ML, Zucker N. Avoidant restrictive food intake disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2019;42(1):45-57. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.003> - PMID:30704639
- 54. Lesser AD, Mathis ES, Melicosta ME. Avoidant and restrictive food intake disorder: outcomes for 16 inpatient cases to target oral consumption using a medical and behavioral treatment model. *Clin Pediatr (Phila)*. 2022;61(4):362-9. <https://doi.org/10.1177/00099228221078419> - PMID:35168390
- 55. Makhzoumi SH, Schreyer CC, Hansen JL, Laddaran LA, Redgrave GW, Guarda AS. Hospital course of underweight youth with ARFID treated with a meal-based behavioral protocol in an inpatient-partial hospitalization program for eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2019;52(4):428-34. <https://doi.org/10.1002/eat.23049> PMID:30779365
- 56. Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A functional approach to feeding difficulties in children. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019;21:51. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0719-0> - PMID:31444689
- 57. Ornstein RM, Essayli JH, Nicely TA, Masciulli E, Lane-Loney S. Treatment of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in a partial hospitalization program for eating

disorders. *Int J Eat Disord.* 2017;50(9):1067-74.
<https://doi.org/10.1002/eat.22737> - PMID:28644568

- 58. Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, McCracken CE, McElhanon B. A systematic review and meta-analysis of intensive multidisciplinary intervention for pediatric feeding disorders: how standard is the standard of care? *J Pediatr.* 2017;181:116-124.e4.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.10.002> - PMID:27843007
- 59. Sharp WG, Burrell TL, Berry RC, Stubbs KH, McCracken CE, Gillespie SE, Scahill L. The autism managing eating aversions and limited variety plan vs parent education: a randomized clinical trial. *J Pediatr.* 2019;2011:185-192.e1.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.03.046> - PMID:31056202
PMCID:PMC6661002
- 60. Waddle C, Gillespie SE. Examination of pediatric tube feeding schedules and oral intake: a retrospective cross-sectional study. *Nutr Clin Pract.* 2023;38(2):458-64.
<https://doi.org/10.1002/ncp.10912> - PMID:36172890

Tabela 1. Artigos que abordam sobre o tratamento do TARE de forma abrangente

Autor (Ano) e País	Objetivo de estudo	Metodologia	Tratamento	Principais Resultados
Bourne et al. (2020), Londres [2].	Diagnosticar, avaliar e intervir no tratamento do TARE.	Avaliação sistemática da literatura.	Tratamento individualizado farmacológico, psicológico, abordagem multiprofissional, TCC, terapia familiar.	Recuperação do peso, pouca evidência de consequências físicas e psicossociais.
Breiner, Miller & Hormes (2021), EUA [37].	Viabilizar um programa de treinamento familiar.	Ensaio controlado randomizado	Tratamento familiar virtual	Resultados indicam viabilidade para formar protocolo para tratamento em larga escala.
Brewerton & D'Agostino (2017), EUA [31].	Observar o progresso clínico de jovens usando Olanzapina no TARE.	Revisão retrospectiva de prontuários	Tratamento equipe multiprofissional, TCC, terapia familiar, farmacológico.	Aumento do comer, ganho de peso, melhora nos transtornos psiquiátricos comórbidos.
Cooper et al. (2021), EUA [19].	Examinar prontuários com história de GI e desfecho de alta relacionado com anorexia nervosa e TARE.	Revisão retrospectiva	Alimentação por sonda	Ganho de peso e aumento do IMC.
Couturier et al. (2020), Canadá [32].	Desenvolver diretrizes práticas para o tratamento em crianças e adolescentes com TA.	Revisão sistemática	Tratamento baseado na família em ambiente menos intensivo, recomendações fracas multifamiliar, TCC, ioga e antipsicóticos.	Aumento do apetite, da ingestão de comida, recuperação do peso e melhora nas comorbidades.

Tratamento nutricional no transtorno alimentar restritivo evitativo

Dolman et al. (2021), Canadá [41].	Avaliar condutas para recuperação da saúde.	Estudo de caso	Abordagem terapêutica multimodal, TCC, terapia familiar, manejo farmacológico.	Restauração do peso, aumento de itens na dieta.
Eddy & Thomas (2019), EUA [33].	Achado que possam sugerir a fenomenologia do TARE, semelhanças e diferenças entre TARE e AN, novos tratamentos para o TARE e novas ideias para melhorar os resultados do tratamento na AN.	Revisão abrangente	Tratamento baseado na família, TCC, experiência por exposição, intervenções precoces, auto ajuda dos pais e telemedicina.	Sugere adaptar os tratamentos existentes de AN para o tratamento do TARE.
Hay et al. (2014), Nova Zelândia [42].	Diretriz de prática clínica para o tratamento da alimentação e TA.	Revisão sistemática	TCC	Orientação do uso de TCC para o tratamento.
Lock, Sadeh-Sharvit & L'Insalata (2019), EUA [43].	Avaliar a viabilidade de conduzir ensaio clínico randomizado comparando tratamento baseado na família para cuidado habitual.	Estudo piloto randomizado	Terapia familiar	O tratamento baseado na família (FBT) são mais favoráveis que os cuidados habituais (UC). Efeitos na melhora do ganho de peso e gravidade clínica, melhora dos sintomas e da autoeficácia dos pais.
Mahr et al. (2022), EUA [44].	Explorar inibidores da recaptação da serotonina no tratamento de crianças e	Revisão retrospectiva	Agentes farmacológicos	Melhoria de peso corporal, comportamentos alimentares, humor, ansiedade e



	adolescentes com TARE.			medo de comida.
Kambanis & Thomas (2023), EUA [45].	Avaliar o tratamento de TARE dez anos após à introdução no DSM-5.	Revisão de literatura	TCC, tratamento familiar, equipe multiprofissional	Ganho de peso corporal, aumento do IMC, aumento no consumo de alimentos proibidos.
Murray & Calabrese (2022), EUA [24].	Destacar riscos do TARE e transtorno gástrico e recomendações médicas	Revisão	Tratamento hospitalar	Recuperação do estado nutricional.
Norris et al. (2021), Canadá [23].	Avaliar as taxas de comorbidades para obter informações sobre o tratamento.	Coorte retrospectivo	Tratamento multidisciplinar, terapia individual e familiar, farmacoterapia	Necessidade de recursos especializados para a avaliação e tratamento. Importância da abordagem multidisciplinar.
Peck et al. (2021), EUA [46].	Avaliar a aceitabilidade e eficácia de intervenção para adultos com TARE.	Estudo de ensaio	Tratamento familiar	Redução da patologia, aumento do IMC.
Shimshoni, Silverman & Lebowitz (2020), EUA [47].	Avaliar a eficácia de um método baseado no apoio a paternidade de crianças ansiosas adaptado ao tratamento do TARE.	Estudo longitudinal	Intervenções semanais, auxiliando os pais a flexibilizarem as respostas aos sintomas da alimentação da criança.	Sintomas da doença reduzidos, flexibilidade no comportamento alimentar, adição de novos alimentos e bebidas, maior flexibilidade na marca, sabor e lugares externos para refeições.
Thomas et al. (2017), EUA [4].	Avaliação de hipóteses sobre a	Revisão	TCC, farmacoterapia adjuvante,	Aumentou consumo de comida, maior aceitação da

	etiologia do TARE e TCC como tratamento.		realimentação hospitalar.	mordida, menos tempo de refeição, desmame de alimentação por sonda.
Thomas, Wons & Eddy (2018), EUA [34].	Revisar a literatura sobre o tratamento do TARE.	Revisão	Tratamento familiar parental, TCC, realimentação hospitalar, farmacoterapia adjuvante.	Maior aceitação da mordida, gramas de alimentos consumidos, menos interrupções das refeições, aumento de peso, diminuição da ansiedade e do TA.
Thomas et al. (2020), EUA [48].	Avaliar a viabilidade, aceitação e prova do TCC em crianças e adolescentes.	Revisão integrativa	Tratamento psicossocial.	Diminuição da gravidade da doença, aumento do consumo de novos alimentos, ganho de peso.
Wong, Goh & Ramachandran (2022), Cingapura [49].	Avaliar	Coorte hospitalar	Terapia familiar	Remissão da doença.
Van Wye et al. (2023), EUA [50].	Descreve protocolo de estudo que busca confirmar tratamento do TARE.	Ensaio clínico randomizado	Tratamento baseado na família, tele saúde, terapia psicoeducacional.	Aumento de peso corporal, autoeficácia dos pais e comportamentos de alimentação.

Notas: TARE – transtorno alimentar restritivo evitativo; TCC – terapia cognitivo comportamental; TA – Transtorno alimentar.



Tabela 2. Artigos que abordam o tratamento nutricional do TARE

Autor (Ano) e País	Objetivo de estudo	Metodologia	Tratamento	Principais Resultados
Burton et al. (2021), EUA [20].	Avaliar a evolução de três pacientes TARE, com o atendimento telesaúde individual e familiar.	Estudo de caso	Tratamento familiar, TCC, fármaco, equipe multiprofissional, telesaúde.	Aumento do consumo de variedade de alimentos, diminuição de alimentação por sonda
Bialek-Dratwa et al. (2022), Polônia [13].	Revisar a literatura sobre o tratamento do TARE.	Revisão	Tratamento multiprofissional, incluindo nutricionista. TCC, Terapia familiar.	Diminuição dos sintomas, ganho de peso corporal, maior aceitação de alimentos.
De Toro, Aedo & Urrejola (2021), Chile [51].	Esclarecer critérios de diagnóstico e manejo do tratamento	Revisão	Equipe multidisciplinar incluindo nutricionista, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, TCC, psicoeducação e fármacos.	Melhora do estado de saúde, ganho de peso, aumento da densidade calórica e ingestão de alimentos.
Feillet et al. (2019), França [3].	Observar os riscos nutricionais (perda de peso significativa ou falha persistente em atender as necessidades nutricionais, deficiência nutricional significativa, dependência de suplementos nutricionais orais, alimentação enteral ou interferência psicossocial) causados pelo TARE	Revisão	Manejo multidisciplinar, hospitalização, uso de suplementos e alimentação nasogástrica em casos severos. Psicoterapia, dessensibilização sistemática, plano nutricional estruturado baseado em exposição gradual, gerenciamento da ansiedade. Medicamento: Olanzapina ou Mirtazapina.	Desfecho favorável da doença se cuidados forem adequados, com alcance da remissão, entretanto certas intervenções do tratamento pode levar à incapacidade de participação de atividades sociais.

<p>Guss, Richmond & Forman (2018), EUA [30].</p>	<p>Avaliar o manejo médico hospitalar em pacientes com TARE.</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Terapia de grupo, educação nutricional, sonda nasogástrica, suplemento nutricional noturno, equipe multidisciplinar, tratamento familiar, tratamento individualizado.</p>	<p>Manejo médico foi útil favorecendo a reabilitação dos pacientes.</p>
<p>Herpertz-Dahlmann (2017), EUA [52].</p>	<p>Realizar tratamento com equipe multidisciplinar, incluindo terapeutas nutricionais, pediatras, psicólogos e fonoaudiólogos, com abordagens baseadas em intervenções comportamentais.</p>	<p>Revisão</p>	<p>Tratamento multidisciplinar, intervenção comportamental (extinção de fuga; reforço), retirada de alimentação por sonda (provocação da fome), envolvimento dos cuidadores. Tratamento farmacológico.</p>	<p>Ganho de peso, mudança positiva no horário das refeições e comportamentos alimentares.</p>
<p>Katzman, Norris & Zucker (2019), Canadá [53].</p>	<p>Discutir tratamento adequado em diferentes níveis de atendimento.</p>	<p>Revisão</p>	<p>Tratamento multidisciplinar que atendem necessidades médicas, nutricionais, saúde mental, específicas da alimentação, que atenuem sofrimento e deficiência. Tratamento hospitalar para pacientes instáveis. Ênfase na validação da aprendizagem da criança e dos pais pelo esgotamento emocional da relação.</p>	<p>Devido a heterogeneidade da doença, os pacientes têm necessidades diversas, portanto, a equipe multidisciplinar atende às necessidades médicas, nutricionais, de saúde mental e específicas de alimentação enquanto atenua o sofrimento e a deficiência.</p>

<p>Kennedy, Wick & Keel (2018), EUA [39].</p>	<p>Examinar semelhanças do TARE com outros TA e implicações no tratamento.</p>	<p>Revisão</p>	<p>Acompanhamento multidisciplinar, incluindo familiares, médicos, médicos de saúde mental, e nutricionista. Plano de alimentação cada vez maior com conteúdo calórico e forte envolvimento dos pais no processo durante hospitalização e pós-atendimento ambulatorial.</p>	<p>Mudança de peso ao longo do tratamento.</p>
<p>Lesser, Mathis & Melicosta (2022), EUA [54].</p>	<p>Avaliar tratamento em ambiente hospitalar</p>	<p>Revisão de registros</p>	<p>Equipe multiprofissional, Suplementação da nutrição, terapia comportamental hospitalar.</p>	<p>Aumento da ingestão das necessidades nutricionais.</p>
<p>Makhzoumi et al. (2019), EUA [55].</p>	<p>Caracterização de grupo com hospitalização parcial tratado com programa de TA comportamental.</p>	<p>Revisão retrospectiva de prontuários</p>	<p>Equipe multidisciplinar, TCC, dialéticas comportamentais e baseadas em família. Terapia nutricional bem definida.</p>	<p>Restauração do peso</p>
<p>Mammel & Ornstein (2017), EUA [35].</p>	<p>Descrever TARE e explicar diagnóstico, demonstrando prevalência e discutir tratamento.</p>	<p>Revisão</p>	<p>Abordagem interdisciplinar, profissional que avalie deglutição e mastigação podem ser indicados. Tratamento ambulatorial e/ou internação hospitalar. TCC, terapia familiar, psicoeducação.</p>	<p>Recuperação do peso, diminuição dos sintomas, menor duração de estadia.</p>
<p>Milano, Chatoor & Kerzner (2019),</p>	<p>Identificar TARE de Transtorno</p>		<p>Uso de ansiolítico,</p>	<p>Reduzir a ansiedade,</p>



Suiça [56].	alimentar pediátrico e gerenciar gravidade.	Revisão	terapia com alimentos, elogio e reforço positivo, avanço gradual da textura com recompensa positiva sem associação com comida, treinar técnicas parentais. Equipe multidisciplinar.	redução de alimentação por sonda, melhoria no comportamento alimentar e redução de estresse parental.
Ornstein et al. (2017), EUA [57].	Comparar resultados do tratamento hospitalar de pacientes com TARE com aqueles com outros TAs.	Revisão retrospectiva de prontuários.	Terapia familiar, gestão comportamental, TCC, prevenção de exposição e resposta de forma individualizada levando em consideração medo, preocupação e nojo. Refeições em grupo. Tratamento farmacológico.	Ganho de peso, melhora na restrição alimentar e ansiedade.
Sharp et al. (2017), EUA [58].	Avaliar atendimento multidisciplinar em distúrbios alimentares pediátricos.	Meta-análise	Intervenção comportamental, desmame da sonda, atendimento multidisciplinar, envolvimento dos cuidadores.	Aumento da ingestão oral, melhor comportamento durante as refeições, redução do estresse parental.
Sharp et al. (2019), EUA [59].	Avaliar a eficácia de treinamento para pais do espectro autista e aversões alimentares.	Estudo randomizado	Equipe multidisciplinar, educação nutricional aos pais e psicoterapia.	Melhora do comportamento na hora de refeição.
Waddle & Gillespie (2023), EUA [60].	Investigar a relação entre horário de alimentação por sonda e a	Revisão retrospectiva	Nutrição enteral via sonda nasogástrica.	Aumento da ingestão oral recebendo esquema de alimentação

ingestão oral em
crianças.

enteral contínua
durante a noite.

Notas: TARE – transtorno alimentar restritivo evitativo; TCC – terapia cognitivo comportamental; TA – Transtorno alimentar; AN – Anorexia nervosa.

↑ **Tabela 3.** Artigos sobre tratamento do TARE classificados por ano de publicação

Ano de publicação	n (%)
2014	1 (2,8)
2016	1 (2,8)
2017	5 (13,9)
2018	4 (11,1)
2019	6 (16,7)
2020	4 (11,1)
2021	7 (19,4)
2022	6 (16,7)
2023	2 (5,5)

↑ **Tabela 4.** Tratamento utilizados nos estudos sobre TARE

Tratamento	n (%)
Com equipe multiprofissional	28 (77,8)
Terapia familiar	15 (41,6)
Focado apenas no paciente	10 (27,8)
Farmacológico	14 (38,9)

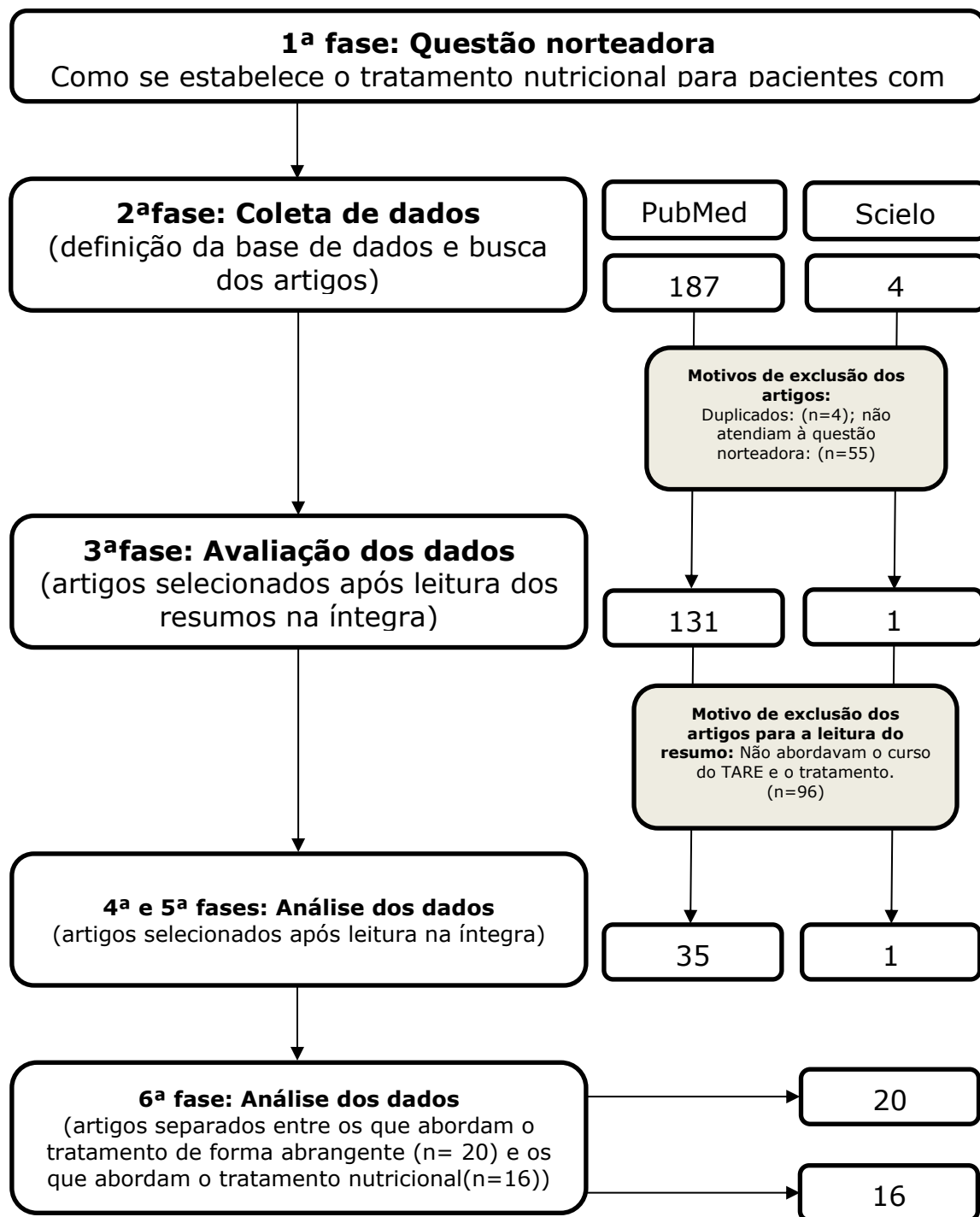


Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa