



## **ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO TRANSTORNO ALIMENTAR RESTRITIVO/EVITATIVO**

Letícia Vitória do Nascimento Lima <sup>1</sup>, Thallyta Hellen Soares da Silva <sup>1</sup>, Odilea Ribeiro Sanção <sup>1</sup>, Silmara Ferreira de Oliveira <sup>1</sup>, Nilsa Araújo Tajra <sup>1</sup>, Ademir de Sousa Morais Filho <sup>1</sup>, Damiana Cristina Rodrigues Gomes <sup>2</sup>, Rafaela Seuring Gonçalves de Melo <sup>2</sup>, Francisco Davi Ângelo Lins de Oliveira <sup>3</sup>, João Victor Braga Milhomem <sup>4</sup>, Janaina Souza de Oliveira Queiroz <sup>5</sup>, Aluísio Ferraz Arcoverde Filho <sup>6</sup>

### **REVISÃO DE LITERATURA**

#### **RESUMO**

Apresenta-se uma revisão integrativa de literatura acerca do transtorno alimentar do tipo restritivo/evitativo, seus aspectos clínicos, epidemiológicos, bem como o impacto dessa condição na vida do indivíduo. Essa condição caracteriza-se por indivíduos que apresentam comportamento alimentar anormal que podem ou não levar a perda de peso, mas que sem dúvidas leva ao comprometimento da qualidade de vida dos mesmos. Entre as causas aventadas para esse comportamento incluem-se pacientes que não comem por medo, por questões neurosensoriais e/ou por falta de apetite. Utilizam-se critérios diagnósticos para definir o quadro, que pode coexistir com outras comorbidades. Há necessidade de uma equipe multidisciplinar para intervir na melhoria e na qualidade de vida dos pacientes, assim como um tratamento voltado para os vários aspectos que esse transtorno apresenta.

**Palavras-chave:** transtorno, alimentar, restritivo.



## CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF RESTRICTIVE/AVOIDANT EATING DISORDERS

### ABSTRACT

This is an integrative review of the literature on restrictive/avoidant eating disorders, their clinical and epidemiological aspects, as well as the impact of this condition on the individual's life. This condition is characterized by individuals who exhibit abnormal eating behavior that may or may not lead to weight loss, but which undoubtedly compromises their quality of life. Among the causes suggested for this behavior are patients who do not eat due to fear, neurosensory issues and/or lack of appetite. Diagnostic criteria are used to define the condition, which can coexist with other comorbidities. There is a need for a multidisciplinary team to intervene to improve patients' quality of life, as well as treatment aimed at the various aspects of this disorder.

**Keywords:** eating disorder, restrictive.

**Instituição afiliada** – 1: Centro Universitário Uninovafapi; 2: Unigranrio- Afya; 3: Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba; 4: Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos-Palmas; 5: Faculdade de Ensino Superior da Amazônia; 6: Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba.

**Dados da publicação:** Artigo recebido em 29 de Junho e publicado em 19 de Agosto de 2024.

**DOI:** <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p-2863-2874>

**Autor correspondente:** Isadora Veras Araújo Soares [isadora.veras@hotmail.com](mailto:isadora.veras@hotmail.com)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





## INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TAs) consistem em quadros psiquiátricos resultante de complicações clínicas e tem como danos á saúde alterações no comportamento alimentar, severas distorções em sua imagem corporal e agravos psicossociais, os quais levam a uma série de atitudes comportamentais compensatórias como a inanição e/ou compulsão purgação restrição, ocasionando, desse modo, os diagnósticos de TAs, como é o caso do transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE).

A origem desses transtornos é multifatorial, envolvem aspectos biológicos (peso, sexo), personalidade e socioculturais (culturas, ambiente em meio no qual o adolescente está inserido). Com isso, a conduta de pacientes acometidos por algum TA é delicada, bem como não apresenta um bom prognóstico, devido muitas vezes à falta de entrega do paciente ao tratamento, assim levando a altas taxas de recorrências e a elevados índices de mortalidade (GOMES, et al., 2021).

O objetivo desta revisão é oferecer uma visão geral acerca das características clínicas do transtorno alimentar restritivo/evitativo, bem como do seu diagnóstico até o tratamento, destacando as principais complicações vivenciadas pelos os indivíduos que apresentam esse transtorno.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura realizada no período de agosto de 2024. Para a seleção dos artigos, foram aplicados os descritores transtorno, alimentar, restritivo, aliados ao operador AND, que foram utilizados de forma combinada em buscas nas bases de dados eletrônicas LILACS, MedLine/Pubmed e Google Acadêmico. Foram incluídos artigos originais com textos completos nos idiomas português e inglês, publicados entre os anos de 2010 a 2024. Foram excluídos artigos duplicados nas bases de dados, aqueles não disponíveis em texto completo e artigos de revisão.



## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### Definição e epidemiologia

O transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) é caracterizado pela esquiva e/ou restrição da ingestão alimentar manifestada por fracasso clinicamente significativo em satisfazer as demandas de nutrição ou ingestão energética insuficiente, por meio da ingestão oral de alimentos. Está associada a perda de peso significativa, deficiência nutricional, dependência de alimentação enteral ou suplementos, além de interferência marcante no funcionamento psicossocial.

Antes conhecida como “ transtorno de alimentação da primeira infância”, incluía problemas alimentares que levavam à perda de peso, na ausência de doença orgânica definida em crianças até os 6 anos de idade. Hoje, não há restrição de idade para o início da doença, podendo acometer, adolescentes e adultos.

Dentre os aspectos mais marcantes da doença destaca-se a interferência no funcionamento psicossocial. A alimentação é, culturalmente, uma das formas de socialização. Dessa forma, devido à alimentação extremamente restrita, o indivíduo fica impossibilitado de participar de eventos em família ou entre amigos como almoços e viagens impossibilitando o seu convívio em sociedade (ALMEIDA;MOREIRA;LEAHY, 2022).

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 (CARDOSO, et al., 2023).



### Fatores de risco

Os fatores de risco, de acordo com o DSM-V, incluem fatores temperamentais, como transtornos de ansiedade, transtorno do espectro autista, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade que podem aumentar o risco de transtorno alimentar restritivo/evitativo ou de comportamento alimentar característico do transtorno.

Há também fatores ambientais, como ansiedade familiar. Taxas maiores de perturbações alimentares podem ocorrer em filhos de mães com transtornos alimentares. E fatores genéticos e biológicos, como história de condições gastrintestinais, doença de refluxo gastroesofágico, vômitos e uma gama de problemas médicos foram associados a comportamentos alimentares característicos do transtorno alimentar restritivo/evitativo.

### Quadro clínico e diagnóstico

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V, para diagnosticar o TARE, é necessário o preenchimento dos critérios a seguir:

- A. Uma perturbação alimentar (p. ex., falta aparente de interesse na alimentação ou em alimentos; esquivas baseadas nas características sensoriais do alimento; preocupação acerca de consequências aversivas alimentares) manifestada por fracasso persistente em satisfazer as necessidades nutricionais e/ou energéticas apropriadas associada a um (ou mais) dos seguintes aspectos:
  - 1. Perda de peso significativa (ou insucesso em obter o ganho de peso esperado ou atraso de crescimento em crianças).
  - 2. Deficiência nutricional significativa.
  - 3. Dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais.
  - 4. Interferência marcante no funcionamento psicossocial.
- B. A perturbação não é mais bem explicada por indisponibilidade de alimento ou por uma prática culturalmente aceita.
- C. A perturbação alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, e não há evidência de perturbação na maneira como o peso ou a forma corporal é vivenciada.



D. A perturbação alimentar não é atribuível a uma condição médica concomitante ou mais bem explicada por outro transtorno mental. Quando a perturbação alimentar ocorre no contexto de uma outra condição ou transtorno, sua gravidade excede a habitualmente associada à condição ou ao transtorno e justifica atenção clínica adicional.

Em suma, existem três perfis principais de pacientes com TARE:

1-Os que não comem o suficiente e demonstram pouco interesse na alimentação. Esses pacientes não aparentam motivos para a recusa alimentar, contudo, apresentam padrão evitativo e com pouca variedade alimentar. Conseqüentemente podem apresentar baixo peso.

2-Os que apresentam restrições relacionadas a características sensoriais dos alimentos. Nesse grupo de pacientes, evitam devido a cor, textura, sabor ou cheiro do alimento.

3-Os que a recusa alimentar existe devido a experiências traumáticas prévias. É importante ressaltar que os três perfis podem estar presentes em um mesmo indivíduo (KOZAK; OLIVEIRA, SILVEIRA, 2024).

Diversas características podem estar associadas à evitação de alimentos ou a uma ingestão alimentar reduzida, incluindo falta de interesse em nutrição e alimentação, levando a perda de peso e atraso de crescimento. Lactentes muito novos podem apresentar-se sonolentos, aflitos ou agitados ao se alimentar. Lactentes e crianças pequenas podem não se envolver com o cuidador primário durante a alimentação ou não comunicar fome em favor de outras atividades. Em crianças mais velhas e adolescentes, a evitação e a restrição alimentar podem estar associadas a dificuldades emocionais mais generalizadas que não satisfazem os critérios diagnósticos para um transtorno de ansiedade, depressivo ou bipolar, às vezes denominadas “transtorno emocional de evitação alimentar”.

Além dos critérios diagnósticos, o DSM-V traz diagnósticos diferenciais que cursam com características semelhantes, porém com algumas peculiaridades como outras condições médicas (doença gastrointestinal, alergias e intolerâncias alimentares) que cursam com sintomas como vômitos, perda de apetite, náusea. Porém, o diagnóstico de transtorno alimentar restritivo/evitativo requer que a perturbação da ingestão esteja além daquela diretamente explicada pelos sintomas físicos compatíveis com uma



condição médica; a perturbação alimentar também deve persistir depois de desencadeada por uma condição médica e depois da resolução desta.

Transtornos neurológicos/neuromusculares, estruturais ou congênitos específicos e condições associadas a dificuldades de alimentação são comuns em uma série de condições congênitas e neurológicas com frequência relacionadas a problemas com a estrutura e a função oral/esofágica/faríngea, como hipotonia da musculatura, protusão da língua e deglutição comprometida. O transtorno alimentar restritivo/evitativo pode ser diagnosticado em indivíduos com tais apresentações desde que todos os critérios diagnósticos sejam preenchidos.

No transtorno de apego reativo, um certo grau de retraimento é característico, podendo levar a uma perturbação na relação cuidador-criança que pode afetar a alimentação e a ingestão da criança.

Indivíduos com transtorno do espectro autista geralmente apresentam comportamentos alimentares rígidos e sensibilidades sensoriais aumentadas. Entretanto, esses aspectos nem sempre resultam no nível de comprometimento que seria necessário para um diagnóstico de transtorno alimentar restritivo/evitativo. Esse transtorno deverá ser diagnosticado concomitantemente apenas se todos os critérios para ambos os transtornos forem satisfeitos e quando a perturbação alimentar demandar tratamento específico.

A fobia específica do tipo “outro” menciona como exemplos “situações que possam levar a asfixia ou vômitos” e pode representar o gatilho primário para o medo, a ansiedade ou a evitação necessários para o diagnóstico. Pode ser difícil distinguir fobia específica de transtorno alimentar restritivo/evitativo quando medo de asfixia ou vômito resultou em esquiva da alimentação. Embora a restrição ou evitação da alimentação secundária a um medo pronunciado de asfixiar-se ou de vomitar possa ser conceitualizada como fobia específica, em situações nas quais o problema de alimentação torna-se o foco primário de atenção clínica, o transtorno alimentar restritivo/evitativo torna-se o diagnóstico apropriado. No transtorno de ansiedade social, o indivíduo pode apresentar-se com medo de ser observado pelos outros enquanto se alimenta, o que pode acontecer também no transtorno alimentar restritivo/evitativo.



Na anorexia nervosa, a restrição da ingesta calórica em relação às necessidades levando a um peso corporal significativamente baixo é um aspecto central da anorexia nervosa. Entretanto, indivíduos com anorexia nervosa também exibem medo de ganhar peso ou de ficar gordos ou comportamentos persistentes que interferem no ganho de peso, bem como perturbações específicas em relação à percepção e à vivência de seu próprio peso e forma corporal. Essas características não estão presentes no transtorno alimentar restritivo/evitativo, e os dois transtornos não deverão ser diagnosticados concomitantemente.

Indivíduos com transtorno obsessivo-compulsivo podem apresentar-se com evitação ou restrição da alimentação relacionada a preocupações com alimentos ou comportamento de alimentação ritualizado.

No transtorno depressivo maior, o apetite pode estar afetado de tal forma que os indivíduos apresentam-se com ingesta alimentar significativamente restrita, em geral em relação à ingesta calórica total e muitas vezes associada a perda de peso. A inapetência e a decorrente redução da ingesta costumam ceder com a resolução dos problemas de humor.

Indivíduos com esquizofrenia, transtorno delirante ou outros transtornos psicóticos podem exibir comportamentos alimentares estranhos, evitação de alimentos específicos em virtude de crenças delirantes ou outras manifestações de alimentação restritiva/evitativa. Em alguns casos, crenças delirantes podem contribuir para preocupação acerca das consequências negativas de ingerir determinados alimentos.

O transtorno alimentar restritivo/evitativo deve ser diferenciado do transtorno factício ou do transtorno factício imposto a outro. Para assumir o papel de doente, alguns indivíduos com transtorno factício podem descrever intencionalmente dietas que são muito mais restritivas do que aquelas que de fato são capazes de consumir, bem como complicações de tal comportamento, como necessidade de dietas enterais ou suplementos nutricionais, incapacidade de tolerar uma gama normal de alimentos e/ou incapacidade de participar normalmente de situações apropriadas à idade envolvendo alimentação. A apresentação pode ser bastante dramática e envolvente, e os sintomas, relatados de maneira inconsistente. No transtorno factício imposto a outro, o cuidador descreve sintomas compatíveis com transtorno alimentar restritivo/evitativo e pode induzir sintomas físicos, como o fracasso em ganhar peso. Assim como em qualquer





diagnóstico de transtorno factício imposto a outro, o cuidador recebe o diagnóstico em vez do indivíduo afetado, e este só deverá ser feito com base em uma avaliação cuidadosa e abrangente do indivíduo afetado, do cuidador e de sua interação.

### **Tratamento**

O manejo do TARE tem como objetivos determinar o nível adequado de atendimento (ambulatorial ou hospitalar), estabilização clínica do paciente, reabilitação do estado nutricional (restauração do peso corporal e crescimento, conforme faixa etária e fase do desenvolvimento em que o paciente se encontra), progredir em questão de variabilidade alimentar, controle do medo e/ou dor associado à alimentação, promover de forma gradual a variabilidade alimentar e desenvolver e/ou recuperar os componentes hedonistas da alimentação e as relações psicossociais dela derivadas.

O tratamento do TARE, como em qualquer outro transtorno alimentar, requer a avaliação e auxílio de uma equipe multidisciplinar, preferencialmente incluindo pediatras, psiquiatras, psicólogos, enfermeiras, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, que irão abordar todas as áreas do funcionamento do indivíduo, para além de alimentação (CURTARELLI, 2022).

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 (CARDOSO, et al., 2023).

### **Consequências funcionais e sociais**

De acordo com o DSM-V, o transtorno alimentar restritivo/evitativo pode levar a limitações funcionais e associadas ao desenvolvimento, que incluem prejuízo do desenvolvimento físico e dificuldades sociais que podem ter um impacto negativo significativo no funcionamento familiar.

Assim como em outros transtornos alimentares, as repercussões clínico-nutricionais



e psicossociais no TARE podem se manifestar de forma extrema, especialmente na infância e adolescência, incluindo maiores limitações na aceitação de alimentos e reduzida ingestão de energética total diária. Em bebês, crianças e adolescentes pré-púberes, apresentar o diagnóstico de TARE pode resultar em atrasos no desenvolvimento ou crescimento típico esperado, impactando negativamente a aprendizagem. Em casos de restrição alimentar extrema, os indivíduos podem apresentar baixo peso ou desnutrição, necessitando de estabilização médica em unidade de internação especializada.

Cabe ressaltar que além de importantes complicações clínico-nutricionais, os casos de TARE e uma alimentação seletiva/restrita impactam de forma negativa o desenvolvimento social e emocional, ocasionando maiores níveis de estresse e conflitos familiares em contextos de alimentação envolvendo amigos e familiares. Crianças com TARE ainda poderão apresentar prejuízo no desenvolvimento do reconhecimento dos sinais de saciedade, inabilidade no entendimento de uma alimentação apropriada e adequada e prejuízos gerais nas habilidades sociais, como ansiedade social e a evitação de situações sociais que envolvam comer com outras pessoas (CURTARELLI, 2022).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os transtornos alimentares são entidades comuns de se apresentarem na vida de crianças e adolescentes. Dessa forma, os sinais do Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo devem ser lembrados pelo pediatra desde o início da introdução alimentar, para que possa ser conduzida uma boa comunicação com os pais e cuidadores a fim de aprimorar a relação da criança com os alimentos e otimizar a forma de oferta e alimentação exercida pelos pais. Contudo se o diagnóstico for firmado é importante contar com um time multidisciplinar com médico, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional.



## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, M.M.M.S; MOREIRA, L. A. C; LEAHY, R. M. Transtorno alimentar restritivo evitativo /ARFIRD: o que é esse transtorno alimentar? **Residência Pediátrica**, v. 12, n. 2; Salvador, 2022.
2. American Psychiatric Association (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5 Porto Alegre: Artmed, 2014.
3. Cardoso DKO, Silva CLM, Moraes CEF, Appolinário JCB. Tratamento nutricional no transtorno alimentar restritivo evitativo: uma revisão integrativa. **Debates em Psiquiatria** [Internet]. 6º de maio de 2023 [citado 14º de agosto de 2024];13:1-34. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/453>.
4. CURTARELLI, V. D. Transtorno alimentar restritivo evitativo: uma revisão narrativa da literatura. Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências de Saúde, graduação em nutrição, Florianópolis, 2022.
5. GOMES, E.L.V.S., et al. O impacto do desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes: uma revisão. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, 2021. Disponível em: <https://proceedings.science/cbcs/cbcs-2021/trabalhos/o-impacto-do-desenvolvimento-de-transtornos-alimenatres-em-adolescentes-uma-revi?lang=pt-br>. Acesso em: 04 ago. 2024.
6. KOZAK, L.; OLIVEIRA, L.L.F; SILVEIRA, L.C.S. Perspectiva atual do transtorno alimentar restritivo/evitativo em crianças. **Brazilian Journal of Health Review**, vol 7, n. 2, p. 01-15, mar, 2024.