

2.º CICLO

NUTRIÇÃO PEDIÁTRICA

Prevalência e Caracterização de Crianças com ARFID entre os 2 e os 10 anos numa clínica privada do concelho de Leiria

Rita Nunes Novo

M

2024



**Prevalência e Caraterização de Crianças com ARFID entre os 2 e os 10 anos
numa clínica privada do concelho de Leiria**

*Prevalence and Characterization of Children with ARFID between 2 and 10 years old in a
private clinic in the municipality of Leiria*

Rita Nunes Novo

FCNAUP - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do
Porto. Porto - Portugal

Trabalho de investigação realizado no ciTechCare e CAIPeD, sob orientação de:

- Prof^a. Doutora Cátia Sofia Pereira Braga Pontes - Escola Superior de Saúde de
Leiria do Instituto Politécnico de Leiria, Leiria - Portugal

E coorientação de:

- Prof^a. Doutora Sara Alexandra da Fonseca Marques Simões Dias - Escola Superior
de Saúde de Leiria do Instituto Politécnico de Leiria, Leiria - Portugal

- Prof^a. Doutora Diana Maria Veloso e Silva - Faculdade de Ciências da Nutrição e
Alimentação da Universidade do Porto, Porto - Portugal

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Nutrição Pediátrica apresentada
à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, à
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e à Escola Superior de
Enfermagem do Porto

Porto, 2024

FINANCIAMENTO

Prevalência e Caraterização de Crianças com ARFID entre os 2 e os 10 anos numa clínica privada do concelho de Leiria

Esta investigação foi financiada por:

Rita Nunes Novo é financiada, na Unidade de Investigação ciTechCare - Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde, pela FCT com a referência UIDB/05704/2020.

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais, irmãos, avô, Pedro e, em especial, à minha avó que partiu
durante este percurso.

AGRADECIMENTOS

À FCNAUP por me ter acolhido nestes dois anos e por todo o apoio prestado neste percurso.

Ao ciTechCare por me ter recebido, por todo o apoio no desenvolvimento e concretização deste trabalho, em especial à Professora Doutora Maria Guarino por me proporcionar a oportunidade de desenvolver o meu trabalho.

À Professora Doutora Diana e Silva por ter aceitado coorientar o meu trabalho e pelo apoio, ainda que em cidades diferentes.

À Professora Doutora Sara Simões Dias pela orientação, disponibilidade e dedicação constante.

À Professora Doutora Cátia Braga-Pontes, um agradecimento especial, por me desafiar e incentivar sempre a fazer mais e melhor. Por ser um exemplo de dedicação, trabalho, rigor e excelência.

Aos meus pais, o meu mais sincero agradecimento por serem o meu maior exemplo de trabalho, persistência e humildade, por me ensinarem a importância da responsabilidade, e por me motivarem a dar sempre o meu melhor. Esta conquista é tanto minha quanto vossa.

Aos meus irmãos, pela amizade e por me fazerem rir, mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos, por tornarem este percurso mais leve, em especial à Neuza pelo incentivo e suporte constante.

Ao Pedro, o meu mais importante agradecimento. Por seres a pessoa com quem partilho a minha vida, por estares ao meu lado, por me confortares nos momentos difíceis, por toda a tua paciência, e por seres o meu pilar.

RESUMO

Introdução

A nutrição nos primeiros anos de vida tem um papel fundamental no desenvolvimento adequado das crianças. As Perturbações da Alimentação e Ingestão podem ter origem na infância e consequências significativas na saúde física e psicossocial. A Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva (ARFID) caracteriza-se pelo evitamento ou restrição da ingestão alimentar, frequentemente associada a alta sensibilidade sensorial, desinteresse na alimentação ou medo de consequências aversivas da mesma. ARFID associa-se a pelo menos um dos critérios: deficiência nutricional significativa, perda de peso significativa/falha em atingir ganho de peso adequado, dependência em alimentação entérica/suplementos nutricionais ou marcada interferência com o funcionamento psicossocial. Os dados relativos à prevalência de ARFID são ainda limitados, variando de acordo com o contexto e metodologia de estudo, contudo parece ser predominantemente em crianças do sexo masculino e numa infância precoce.

Objetivos

Aferir a prevalência de ARFID em crianças entre 2 e 10 anos, assim como caraterizar esta população, relacionando variáveis sociodemográficas, clínicas, atitudes de controlo alimentar dos cuidadores e o comportamento alimentar das crianças com o diagnóstico de ARFID.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional transversal e descritivo com crianças entre os 2 e 10 anos acompanhadas numa clínica pediátrica privada de Leiria. Para realização do diagnóstico, foram utilizados os critérios de diagnóstico da 5ª

Edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Aplicou-se um questionário aos pais para caracterização da amostra, com questões sociodemográficas e de variáveis clínicas. Adicionalmente, foi aplicado o Questionário do Comportamento Alimentar da Criança com o objetivo de analisar o comportamento alimentar destas e o Questionário Alimentar para Crianças, de forma a avaliar se o diagnóstico de ARFID se associa a práticas parentais inadequadas relacionadas com a alimentação.

Resultados

Foram realizadas 163 avaliações a crianças entre os 2 e os 10 anos. Reuniram-se 94 respostas completas aos questionários. Observou-se que 54,4% das crianças são do sexo feminino (idade média $5,42 \pm 2,484$ anos). 95,5% das crianças apresentou um peso adequado para a idade.

Foram encontradas cinco crianças com diagnóstico de ARFID, representando uma prevalência de 3,1%, sendo 80% em crianças do sexo masculino e com idade média $5,80 \pm 2,168$ anos. Dos casos identificados, 2 apresentaram deficiência nutricional significativa (A1) e 2 casos mostraram marcada interferência com o funcionamento psicossocial (A4). Um dos casos apresentou ambos os critérios. Observou-se, ainda, que 4 crianças apresentaram alterações na ingestão/alimentação, contudo, sem preencherem os critérios de diagnósticos para ARFID. Crianças com ingestão/alimentação alterada parecem ter níveis mais elevados de seletividade e uma maior resposta à saciedade. No que diz respeito às práticas alimentares parentais parece existir uma maior perceção da responsabilidade dos pais pela alimentação dos filhos e maiores níveis de monitorização.

Conclusão

Os dados recolhidos indicam que 3,1% das crianças apresentam ARFID e uma predominância de casos em crianças do sexo masculino, encontrando-se em concordância com a literatura existente. Os resultados apoiam a importância de aumentar a sensibilização sobre esta perturbação e promover a melhoria dos meios de diagnóstico e desenvolvimento de intervenções eficazes e específicas para esta população.

Palavras-Chave

Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva, ARFID, Comportamento Alimentar, Prevalência

ABSTRACT

Introduction

Nutrition in the early years of life plays a crucial role in the proper development of children. Feeding and Eating Disorders can originate in childhood and have significant consequences for physical and psychosocial health. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) is characterized by the avoidance or restriction of food intake, often associated with high sensory sensitivity, disinterest in eating, or fear of adverse consequences. ARFID is linked to at least one of the following criteria: significant nutritional deficiency, significant weight loss/failure to achieve appropriate weight gain, dependence on enteral feeding/oral nutritional supplements, or marked interference with psychosocial functioning. Data on the prevalence of ARFID remain limited and vary according to the context and study methodology; however, it appears to be predominantly observed in male children during early childhood.

Aims

Assess the prevalence of ARFID in children aged 2 to 10 years and characterize this population by analyzing sociodemographic and clinical variables, caregivers' food control attitudes, and the children's eating behavior concerning the diagnosis of ARFID.

Methodology

The study is a cross-sectional and descriptive observational study involving children aged 2 to 10 years who are followed at a private pediatric clinic in Leiria. The diagnosis was made using the diagnostic criteria from the 5th Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. A questionnaire was administered to the parents to characterize the sample, including

sociodemographic and clinical variables. Additionally, the Child Eating Behavior Questionnaire was used to analyze the eating behavior of these children, and the Children's Feeding Questionnaire was applied to evaluate whether the diagnosis of ARFID is associated with inappropriate parental feeding practices.

Results

One hundred sixty-three evaluations were conducted on children aged 2 to 10 years, with 94 complete questionnaire responses gathered. It was observed that 54.4% of the children were female (mean age 5.42 ± 2.484 years). Additionally, 95.5% of the children had an appropriate weight for their age.

Five children were diagnosed with ARFID, representing a prevalence of 3.1%, with 80% of these cases being male (mean age 5.80 ± 2.168 years). Among the identified cases, two exhibited significant nutritional deficiency (A1), and two showed marked interference with psychosocial functioning (A4). One case met both criteria. Furthermore, it was noted that four children showed alterations in intake/eating behaviors but did not meet the diagnostic criteria for ARFID. Children with altered intake/eating behaviors appeared to have higher levels of food fussiness and more significant satiety responsiveness. Regarding parental feeding practices, there seemed to be a more considerable perceived responsibility for child feeding and higher monitoring levels.

Conclusion

The collected data indicate that 3.1% of the children present ARFID, with a predominance of cases among male children, which is consistent with existing literature. The results support the importance of raising awareness about this disorder, promoting the enhancement of diagnostic methods, and developing practical, targeted interventions for this population.

Keywords

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID, Eating Behavior, Prevalence

RESULTADOS CIENTÍFICOS

Comunicações Orais

Prevalência e caracterização de crianças entre 2 e 10 anos com ARFID numa clínica privada do concelho de Leiria

Rita Novo, Sara Simões Dias, Cátia Braga-Pontes

1ª Conferência Longevidade Saudável, Agilidades “Urgência na Inovação”

25 de novembro de 2023, Leiria, Portugal

Resultados preliminares de um estudo de prevalência de ARFID em crianças dos 2 aos 10 anos

Rita Novo, Sara Simões Dias, Cátia Braga-Pontes

XXXVI Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica

14-15 de março de 2024, Porto, Portugal

Prevalência de ARFID em crianças dos 2 aos 10 anos: Estudo Observacional Transversal

Rita Novo, Sara Simões Dias, Cátia Braga-Pontes

Congresso 10 anos do Centro de Investigação da Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, “Investigação, Inovação e Sustentabilidade em Saúde”

13-14 de maio de 2024, Leiria, Portugal

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	viii
RESULTADOS CIENTÍFICOS	xi
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	xv
LISTA DE TABELAS	xvii
INTRODUÇÃO	1
1.1. NUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO NA INFÂNCIA	1
1.2. PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO E DA INGESTÃO	3
1.3. AVOIDANT/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER	8
OBJETIVOS	17
METODOLOGIA	18
1.1. PARTICIPANTES E PROCEDIMENTO	18
1.2. MATERIAIS	22
1.3. DIAGNÓSTICO	22
1.4. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO	24
1.5. CHILDREN’S EATING BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE	25
1.6. CHILD FEEDING QUESTIONNAIRE	26
2. ANÁLISE DE DADOS	27

RESULTADOS.....	29
1. RESULTADOS DA AMOSTRA	29
1.1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ANTROPOMÉTRICOS.....	29
1.2. RESULTADOS DAS QUESTÕES RELATIVAS À GESTAÇÃO E DADOS CLÍNICOS PARENTAIS	30
1.3. RESULTADOS DAS QUESTÕES CLÍNICAS E ALIMENTARES DA AMOSTRA....	34
1.4. RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA	36
1.5. RESULTADOS QUESTIONÁRIO ALIMENTAR PARA CRIANÇAS.....	41
2. RESULTADOS DOS CASOS DE ARFID.....	44
2.1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ANTROPOMÉTRICOS.....	44
2.2. RESULTADOS DAS QUESTÕES RELATIVAS À GESTAÇÃO E DADOS CLÍNICOS PARENTAIS	45
2.3. RESULTADOS DAS QUESTÕES CLÍNICAS E ALIMENTARES DAS CRIANÇAS COM ALTERAÇÃO NA INGESTÃO/ALIMENTAÇÃO E COM ARFID	49
2.4. RESULTADOS QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA	50
2.5. RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO ALIMENTAR PARA CRIANÇAS	54
DISCUSSÃO	58
CONCLUSÕES	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72
ANEXOS.....	77

ÍNDICE DE ANEXOS	77
APÊNDICES	80
ÍNDICE DE APÊNDICES	80

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AN - Anorexia Nervosa

BN - Bulimia Nervosa

CAIPeD - Centro de Avaliação e Intervenção Pediátrica e do Desenvolvimento

CEBQ - *Children's Eating Behaviour Questionnaire*

CFQ - *Child Feeding Questionnaire*

CN - *Parents' concerns about child weight*

DD - *Desire to drink*

DP - Desvio padrão

DSM-5 - 5ª Edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

DSM-5-TR - 5ª Edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (Texto Revisto)

EF - *Enjoyment of food*

EOE - *Emotional overeating*

EUE - *Emotional undereating*

FF - *Fussiness*

FR - *Food responsiveness*

Kg - Quilograma

MN - *Monitoring*

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Perturbação de Ansiedade

PAI - Perturbação da Ingestão e da Alimentação

PCW - *Perceived child weight*

PE - *Pressure to eat*

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA - Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

PPW - *Parent perceived weight*

RESP - *Perceived responsibility*

RST - *Restriction*

SE - *Slowness in eating*

SR - *Satiety responsiveness*

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica da amostra.....	29
Tabela 2 - Caraterização sociodemográfica dos pais/cuidadores das crianças participantes	30
Tabela 3 - Dados relativos à gestação, pré-parto, pós-parto e condição clínica atual dos pais/cuidadores das crianças participantes	31
Tabela 4 - Dados clínicos e alimentares da amostra	35
Tabela 5 - Fiabilidade do CEBQ (Alfa de Cronbach).....	36
Tabela 6 - Estatística Descritiva relativa ao CEBQ para a amostra completa	37
Tabela 7 - Relação entre Comportamento Alimentar e o sexo das crianças	38
Tabela 8 - Relação entre o Comportamento Alimentar das Crianças e o seu IMC	39
Tabela 9 - Média e Desvio Padrão das dimensões do CEBQ por faixa etária.....	40
Tabela 10 - Fiabilidade do CFQ (Alfa de Cronbach)	41
Tabela 11 - Estatística Descritiva relativa ao CFQ para a amostra completa	42
Tabela 12 - Relação entre as práticas alimentares parentais e o sexo das crianças participantes	43
Tabela 13- Relação entre as práticas alimentares parentais e o IMC das crianças participantes	44
Tabela 14 - Dados relativos à gestação, pré-parto, pós-parto e condição clínica atual dos pais/cuidadores das crianças com alteração da ingestão/alimentação e com diagnóstico de ARFID	46
Tabela 15 - Dados clínicos e alimentares das crianças com alteração da ingestão/alimentação e com diagnóstico de ARFID	49

Tabela 16 - Estatística Descritiva relativa ao Questionário do Comportamento Alimentar da Criança, em crianças com alteração da ingestão/alimentação (n=6)	51
Tabela 17 - Diferenças no comportamento alimentar entre crianças com alteração na alimentação/ingestão (n=6) e crianças sem alteração (n=88)	52
Tabela 18 - Estatística Descritiva relativa ao Questionário do Comportamento Alimentar da Criança, em crianças com diagnóstico de ARFID (n=3)	53
Tabela 19 - Análise Descritiva relativa ao CFQ das crianças com alteração da ingestão/alimentação (n=6)	55
Tabela 20 - Diferenças nas práticas alimentares parentais entre crianças com alteração (n=6) na alimentação/ingestão e crianças sem alteração (n=88)	56
Tabela 21- Análise Descritiva relativa ao CFQ das crianças com diagnóstico de ARFID (n=3)	57

INTRODUÇÃO

1.1. NUTRIÇÃO E DESENVOLVIMENTO NA INFÂNCIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera os dois primeiros anos de vida como uma “janela de oportunidade” para assegurar o crescimento e desenvolvimento adequados, advertindo para as consequências intelectuais e físicas, como o crescimento deficitário, da malnutrição neste período de vida.⁽¹⁾

A nutrição adequada desempenha um papel crucial na garantia desse crescimento e desenvolvimento apropriados. Atualmente, os primeiros 1000 dias de vida, que compreendem o período de gestação até aos dois anos de vida, são amplamente considerados uma fase crucial e vulnerável para o correto crescimento e desenvolvimento humano.⁽²⁾

A malnutrição nos primeiros anos de vida acarreta consequências para o desenvolvimento físico e neurológico. A nível físico, por exemplo, a ingestão nutricional insuficiente afeta o crescimento adequado, sendo este um marcador de uma ingestão nutricional deficitária.⁽³⁾ A nível neurológico, o déficit de nutrientes essenciais neste período, pode acarretar consequências irreversíveis, como por exemplo, o déficit de ferro, que se associa a um maior risco de comprometimento neurocomportamental.⁽³⁻⁵⁾

De Cosmi *et al.*⁽⁶⁾ indicam três fatores determinantes na infância relativamente à alimentação infantil: (1) a preferência pelo sabor, (2) duração da lactação e alimentação materna durante esse período, (3) exposição desde cedo aos alimentos. Relativamente à preferência pelo sabor, é reconhecida uma preferência inata pelos sabores doces e salgados e uma rejeição do sabor amargo.^(7, 8) Além disso, as crianças apresentam uma predisposição a aceitar

alimentos com alto teor energético, a rejeitar novos alimentos e a aprender associações entre os sabores dos alimentos e as consequências da sua ingestão.⁽⁶⁾ Durante a gestação e lactação, a exposição a variados sabores através da dieta materna associa-se positivamente a uma futura maior aceitação e vontade de experimentar alimentos, por parte da criança.^(6, 9, 10) Por fim, deve garantir-se uma exposição precoce aos alimentos, considerando que a alimentação da criança sofre alterações graduais, transitando de uma alimentação à base de leite para a introdução de alimentos sólidos, até à adoção da dieta familiar,⁽⁷⁾ num curto espaço de tempo. Após os seis meses de vida, o leite materno deixa de suprir as necessidades nutricionais da criança,⁽¹¹⁾ passando a existir a necessidade de integrar alimentos na sua alimentação diária - alimentação complementar. Considera-se a fase da alimentação complementar, uma “janela de oportunidade” para expor a criança aos mais variados alimentos e sabores, de forma repetida, visto que favorece a aceitação destes.⁽⁷⁾ Sabe-se que a exposição a uma variedade de alimentos nesta fase, beneficia a sua aceitação no primeiro ano de vida, enquanto que, uma exposição tardia a novos alimentos, apresenta resultados limitados na sua aceitação.⁽⁶⁾ Ao longo deste período, é da responsabilidade dos cuidadores promover a variedade e disponibilidade alimentar.^(6, 11)

Após o primeiro ano de vida, o crescimento desacelera. Esta desaceleração, vem acompanhada de uma redução das necessidades nutricionais que, por sua vez, se reflete numa diminuição substancial do apetite.⁽³⁾ Esta natural alteração no apetite é, frequentemente, motivo de preocupação nos pais. Nesta fase, a criança começa a ganhar consciência dos alimentos, passando a receá-los. Por volta dos 2 anos de vida, a criança pode desenvolver neofobia alimentar ou *picky eating*. Neofobia alimentar é definida como uma rejeição, por parte da criança, de

alimentos novos ou desconhecidos,^(12, 13) um mecanismo evolutivo de defesa que permite a evicção da ingestão de produtos nocivos ou tóxicos.⁽¹⁴⁾ *Picky eating* trata-se de um comportamento natural, no qual existe um consumo de uma variedade inadequada de alimentos através da rejeição de um número substancial de alimentos familiares e desconhecidos.^(14, 15) Estes comportamentos seletivos, de um modo geral, tendem a desaparecer ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança, porém acarretam frequentemente um baixo consumo de alimentos, como frutas e hortícolas, importantes para a saúde na infância e a longo prazo.⁽¹⁴⁾ Apesar destes comportamentos de rejeição caraterísticos, os hábitos alimentares após os 3-4 anos de vida parecem permanecer estáveis.⁽¹⁶⁾ Sabe-se também que a exposição repetida a determinado alimento, aumenta a sua familiaridade e é um dos principais determinantes da sua aceitação. Posto isto, é fundamental que desde cedo, as crianças tenham o devido contacto com os mais variados alimentos, sendo o papel dos pais crucial neste processo, dado que são o decisor do que é colocado no prato, assim como do contexto em que é oferecido.^(6, 17)

As preferências alimentares estão suscetíveis a mudanças no decorrer da vida, porém, estas determinam as escolhas alimentares.⁽¹⁸⁾ O estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis numa fase precoce da infância, é fundamental dado que potencia a probabilidade de, futuramente, optarem por alimentos e uma dieta mais saudável.^(6, 7)

1.2. PERTURBAÇÕES DA ALIMENTAÇÃO E DA INGESTÃO

A 5ª Edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) define as Perturbações da Alimentação e da Ingestão (PAI) como “perturbação

persistente na alimentação ou na ingestão que resulta na alteração do consumo ou absorção dos alimentos e que provoca défice significativo na saúde física ou no funcionamento psicossocial”.^(19, 20)

A Academy of Eating Disorders, no seu guia de 2021, indica que todas PAI são graves com complicações físicas e psicológicas potencialmente fatais, afetando pessoas de todas as formas e tamanhos corporais, independentemente da idade, sexo, raça ou estatuto socioeconómico.⁽²¹⁾

As PAI englobam uma variedade de condições nomeadamente a Anorexia Nervosa (AN), uma das perturbações com maior risco de mortalidade,⁽²²⁾ Bulimia Nervosa (BN), Pica, Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), Perturbação de Ruminação, Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva, entre outras.⁽¹⁹⁾ No ano de 2019, as PAI foram responsáveis por mais de 300 mortes em todo o mundo.⁽²³⁾

ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO

A etiologia das PAI é desconhecida,⁽²⁴⁾ contudo, são consideradas multifatoriais e complexas, isto é, tal como outras perturbações nomeadamente a depressão e ansiedade, as PAI surgem de uma combinação e interação de diferentes fatores de risco.⁽²⁴⁻²⁶⁾ São apontados como fatores de risco a predisposição genética, fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e ambientais, que interagem entre si. Os fatores de risco para o desenvolvimento de PAI durante a primeira infância abrangem, para além da predisposição genética, diversas causas como dificuldades alimentares (cólicas/vómitos frequentes, alimentação lenta ou dificuldade de sucção), a posição na fratria (mais comum no primogénito), a criança ser pequena para a idade gestacional, a ausência de aleitamento materno

exclusivo nos primeiros meses de vida, a introdução tardia de alimentos sólidos após os 9 meses, práticas inadequadas de desmame, práticas inadequadas de alimentação complementar (variedade alimentar e de textura limitadas, horários e práticas de refeição mal estruturados), historial de doenças significativas anteriores, padrões de sono perturbados na criança, conflitos entre pais/cuidadores e a criança na hora das refeições e, por fim, história materna de ansiedade, problemas alimentares e preocupação com a imagem corporal.⁽²⁷⁾ Devem considerar-se, num período da infância mais tardia e adolescência, fatores como por exemplo traços de personalidade, a idealização de magreza, perfeccionismo, entre outros.⁽²⁶⁾

PREVALÊNCIA

Apesar das taxas de prevalência de diferentes estudos variarem consoante as populações estudadas e definições utilizadas, é reconhecido que as PAI são frequentes em adolescentes e jovens adultos, sendo a adolescência um período de pico para o seu desenvolvimento.⁽²⁵⁾

Uma revisão sistemática acerca da prevalência de PAI, que incluiu estudos publicados entre 1994 e 2013, encontrou estimativas distintas relativas à prevalência destas ao longo da vida, variando entre 1% e 22,7% em indivíduos do sexo feminino e entre 0,3% e 0,6% em indivíduos do sexo masculino.⁽²⁸⁾

Estima-se que 13% dos jovens até aos 20 anos, poderão experienciar pelo menos uma PAI.⁽²⁶⁾ No entanto, é importante reconhecer que estas não são exclusivas da adolescência, podendo desenvolver-se também em idades mais precoces, geralmente após os 2 anos de idade, dado que a criança começa a alimentar-se de forma independente.^(27, 29) A pandemia COVID-19, devido ao isolamento social e

aumento dos níveis de stress e ansiedade, parece ter exacerbado a prevalência de PAI.⁽³⁰⁾ Nos Estados Unidos da América, foram analisados os casos de internamento devido a PAI, de crianças/adolescentes e jovens adultos (8-26 anos), entre 2018 e fevereiro de 2021. Antes da pandemia, a taxa de internamentos por PAI permaneceu estável, rondando os 10%. Após o início da pandemia, a taxa de internamentos duplicou gradualmente, rondando os 20% em janeiro de 2021.⁽³¹⁾ É importante ressaltar que apenas aproximadamente metade das pessoas com PAI procura e recebe tratamento, sendo crucial a sua deteção e intervenção precoce.⁽³⁰⁾

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PAI NA INFÂNCIA

Os pediatras têm um papel fundamental na deteção e interrupção precoce da progressão de uma PAI, através de uma avaliação completa da história médica, nutricional e psiquiátrica. Devem incluir, também, um exame físico que tenha em consideração o crescimento da criança e que tenha capacidade de identificar sinais do seu comprometimento, através da medição do peso, altura e cálculo de IMC.^(21, 29)

Assim como a deteção precoce é importante, também o tratamento precoce é fundamental, associando-se a melhores resultados.⁽²⁹⁾ Porém, é necessário ter em conta que este processo pode ser demorado. Devem ser considerados quatro pontos essenciais no tratamento de PAI: o tratamento médico, a reposição de nutrientes, normalização do comportamento alimentar e a estabilização psicossocial.⁽²¹⁾ O tratamento deve ser um trabalho multidisciplinar, no qual profissionais como pediatras, nutricionistas e psicólogos têm como objetivo

primordial garantir que as crianças/adolescentes recuperam um peso saudável e retomam o seu crescimento e desenvolvimento natural.⁽²⁹⁾

PAI NA INFÂNCIA E INFLUÊNCIA PARENTAL

As PAI, como anteriormente referido, podem ter a sua origem na infância, dado que este é um período no qual as crianças estão especialmente suscetíveis às influências do ambiente familiar. O papel dos pais/cuidadores é um fator decisivo na aceitação de alimentos por parte das crianças. Estes são responsáveis por ensinar o que comer, quando e quanto comer. O seu papel na modelação do ambiente alimentar familiar influencia a forma como a criança vê a alimentação e, por consequência, forma as suas preferências, hábitos e comportamento alimentar.^(6, 32) Dado que as crianças tendem a imitar o comportamento alimentar dos pais, é importante que estes estejam conscientes do seu impacto na alimentação dos filhos, passando por representar modelos alimentares positivos.^(18, 32)

O estilo parental (p. ex. autoritário, autoritativo) podem também potenciar o risco de desenvolvimento de PAI, especialmente em indivíduos vulneráveis.⁽²⁶⁾ A pressão para comer, incluindo estímulos verbais, físicos e o uso de incentivos, como a utilização de outros alimentos como recompensa, tem sido associada ao aumento da neofobia alimentar, evicção alimentar, e a uma diminuição do gosto e do consumo de alimentos, como frutas e hortícolas.

Na globalidade, a educação alimentar dos pais é limitada, sendo necessária uma abordagem de prevenção, isto é, preparar os pais antes de se sentirem sobrecarregados com situações alimentares complexas. Deste modo, previne-se

não só os problemas alimentares, como os seus efeitos negativos emocionais e psicológicos.⁽¹⁷⁾

1.3. AVOIDANT/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), que em português se designa como Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva, integrou em 2013 o DSM-5 como PAI. O código ICD-11 para ARFID é 6B83.⁽³³⁾

ARFID caracteriza-se por uma alteração da ingestão/alimentação que se apresenta essencialmente de três formas: aparente falta de interesse de um indivíduo em se alimentar ou em comida; evitamento baseado nas características sensoriais dos alimentos (cheiros, sabores, cores, texturas específicas); preocupação com consequências aversivas da alimentação (engasgamento, vômito ou outra forma de desconforto gastroenterológico).^(19, 34, 35)

Contrariamente a perturbações como AN e BN, ARFID não envolve uma preocupação com a forma ou peso corporal, mas sim uma aversão a certos alimentos ou medo das consequências da alimentação.^(19, 20)

Apesar de os termos “alimentação restritiva”, “alimentação seletiva” e “neofobia alimentar” serem frequentemente utilizados para identificar esta perturbação, não refletem completamente a gravidade e as características específicas de ARFID.

ARFID, em determinados casos, caracteriza-se pela recusa em consumir determinadas marcas de alimentos, pela intolerância ao cheiro de comida preparada por outras pessoas, estando frequentemente associada a indivíduos com elevada sensibilidade sensorial, como por exemplo indivíduos com Perturbação do

Espetro do Autismo (PEA), Perturbação de Ansiedade (PA) ou Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA).^(19, 20, 34) Crianças pequenas com falta de interesse em comer podem exibir comportamentos como necessitarem ser chamadas para a mesa várias vezes durante as refeições, ficar de pé durante as mesmas, consumir pequenas quantidades antes de pedir licença para sair da refeição e omitir refeições ou lanches se não forem incentivadas a comer.⁽³⁶⁾

Por outro lado, o evitamento ou restrição alimentar pode representar uma resposta negativa associada à ingestão de determinados alimentos, ou de antecipação a uma experiência aversiva, como por exemplo asfixia.^(19, 20)

CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Segundo o DSM-5, o diagnóstico de ARFID confirma-se quando está presente uma alteração da ingestão ou alimentação (por exemplo, aparente falta de interesse em se alimentar ou na comida; evitamento baseado nas características sensoriais dos alimentos; preocupação sobre consequências aversivas da alimentação) manifestada por incapacidade persistente de atingir as necessidades nutricionais e/ou energéticas associada a 1 (ou mais) dos seguintes (Critério A):

1. Perda de peso significativa (ou incapacidade de atingir o ganho de peso esperado ou crescimento alternante nas crianças).
2. Deficiência nutricional significativa.
3. Dependência de alimentação entérica ou de suplementos nutricionais orais.
4. Interferência marcada com o funcionamento psicossocial.

O Manual indica ainda que esta perturbação não poderá ser explicada por falta de alimentos disponíveis ou por práticas culturalmente aceites associadas (Critério B), assim como não ocorrerá durante o curso de AN ou BN, não havendo uma

perturbação no modo como o peso ou a forma corporal do indivíduo são percebidos (Critério C). Por fim, a PAI não se deve a uma condição médica concomitante nem é mais bem explicada por outra perturbação mental. Nas situações em que a PAI ocorre durante a evolução de outra condição/perturbação, a gravidade da PAI excede aquela habitualmente associada à condição/perturbação, sendo suficiente para merecer atenção clínica adicional (Critério D).⁽¹⁹⁾

Em 2022 foi publicada uma revisão ao DSM-5, DSM-5-TR, na qual se modificou o Critério A de forma a eliminar o segmento “manifestada por incapacidade persistente de atingir as necessidades nutricionais e/ou energéticas”, com o objetivo de retirar uma inconsistência no critério, considerando que o critério A4 não exige uma incapacidade no atendimento das necessidades nutricionais.⁽³⁷⁾

Atualmente não existem instrumentos de avaliação validados especificamente para ARFID, o que dificulta a identificação da doença em contexto clínico, a avaliação da eficácia do tratamento, a determinação da epidemiologia e do curso natural da perturbação.⁽³⁴⁾

PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO

A incidência e prevalência de ARFID na população geral são desconhecidas,⁽³⁴⁾ porém, recentemente, o DSM-5-TR apontou para uma frequência de 0,3% em indivíduos com idade maior ou igual a 15 anos.⁽²⁰⁾

São vários os estudos que têm tentado aferir a prevalência de ARFID em diversos contextos. Uma revisão sistemática de 2022, que incluiu um total de 30 estudos, reportou uma prevalência de ARFID entre 5% e 22,5% em serviços especializados em PAI. Em clínicas especializadas em alimentação, a prevalência é superior,

encontrando-se entre 32% e 64%. Em amostras não clínicas a prevalência parece ser menor, estando entre 0,3% e 15,5%.⁽³⁸⁾

Um estudo caso-controle retrospectivo a 712 crianças dos 8 aos 18 anos, determinou, através dos critérios de diagnóstico do DSM-5, uma prevalência de ARFID de 13,8%. Comparativamente a indivíduos com AN e BN, observaram que os indivíduos com ARFID eram mais novos, com maior probabilidade de ser do sexo masculino, e com maior tendência a ter PA.⁽³⁹⁾ No mesmo sentido, um estudo com o objetivo de determinar a distribuição de PAI numa amostra clínica de crianças entre os 8 e 21 anos, comparando diagnósticos baseados nos critérios do DSM-IV com diagnósticos baseados nos critérios propostos pelo DSM-5, encontrou uma prevalência de ARFID de aproximadamente 14%.⁽⁴⁰⁾

Um estudo retrospectivo de casos clínicos a crianças e adolescentes entre os 7 e 17 anos admitidas num programa diurno para pacientes jovens com PAI encontrou uma prevalência, através dos critérios de diagnóstico do DSM-5, de 22,5%, naturalmente mais elevada devido ao contexto. Contudo, de notar que os indivíduos com ARFID tinham idade inferior aos indivíduos com outras PAI, eram maioritariamente crianças do sexo masculino e apresentavam maior medo de vômito/engasgo, assim como maior dependência de suplementos nutricionais. Além disso, apresentavam mais frequentemente como comorbilidade PA.⁽⁴¹⁾

Um estudo realizado em França com o objetivo de aferir a prevalência de PAI na população pediátrica em geral (dos 0 aos 18 anos), identificou aproximadamente 3% de crianças com ARFID, com base nos critérios de diagnóstico do DSM-5. Verificaram que a média de idades das crianças com ARFID (4,8 anos) era inferior à de outras PAI.⁽⁴²⁾

Contudo, em Portugal, os números de crianças com ARFID, tanto no setor privado como no setor público, são desconhecidos.

O DSM-5-TR indica algumas características que podem estar associadas ao evitamento ou restrição da ingestão alimentar, podendo estas diferir com a idade. Crianças na primeira infância podem apresentar recusa alimentar, engasgos ou vômitos. Já na segunda infância, uma característica comum é a falta de interação com os cuidadores principais durante a alimentação. Em crianças mais velhas e adolescentes, a evicção ou restrição alimentar pode estar associada a dificuldades emocionais mais comuns que não atendem aos critérios diagnósticos para PA, Depressão ou Perturbação Bipolar.⁽²⁰⁾

Indivíduos que apresentam padrões alimentares evitantes/restritivos exibem inflexibilidade cognitiva, necessidade de controlo, rigidez em relação a quando, o que, ou modo como os alimentos são consumidos, assim como uma preferência por rotinas. Estas características são comumente observadas em indivíduos com PEA. Além disso, estudos recentes indicam que ARFID coexiste frequentemente com outras perturbações do neurodesenvolvimento.⁽⁴³⁾ Um estudo a 34 pacientes em idade pediátrica com ARFID indicou que 50% apresentavam simultaneamente PA.⁽⁴⁴⁾ Outros estudos abordam a coexistência de PHDA.⁽⁴¹⁾ A medicação prescrita nestes casos é, também, muitas vezes uma barreira para a ingestão calórica em indivíduos com ARFID que se encontram abaixo do peso, dado que a diminuição do apetite é um dos efeitos colaterais da medicação.⁽³⁴⁾ Nestes indivíduos, a aversão à textura revela-se uma das características mais preocupantes, apesar da sensibilidade ao sabor, temperatura, cor e aparência também tenham sido descritas. Esta elevada sensibilidade resulta em dietas extremamente limitadas, geralmente à base de alimentos leves, ricos em amido, como por exemplo batatas,

arroz, biscoitos e produtos de panificação. Além disso, a rigidez comportamental ou a intolerância à incerteza destes indivíduos pode manifestar-se na evicção/recusa em participar em refeições sociais, na preferência por utilizar sempre os mesmos utensílios ou recipientes, ou na insistência em consumir apenas determinadas marcas de alimentos ou bebidas.⁽⁴⁵⁾ Estes padrões alimentares restritivos severos em crianças e jovens, associam-se a um maior risco de problemas de saúde, como por exemplo a perda de peso significativa e risco nutricional.⁽³⁴⁾

RISCO NUTRICIONAL DE ARFID

A alimentação altamente restritiva durante períodos críticos de crescimento e desenvolvimento resulta em problemas de saúde e desenvolvimento anormal nas crianças e adolescentes. É importante não confundir ARFID com mudanças específicas de determinadas idades no padrão alimentar, como a neofobia alimentar.⁽⁴⁶⁾

Alguns estudos abordam as consequências de ARFID para a saúde, como por exemplo deficiências de macro e micronutrientes. Verifica-se uma diminuição na ingestão de proteínas, gorduras e hidratos de carbono, podendo resultar numa incapacidade de atingir as necessidades energéticas.^(34, 47)

Além disso, são frequentes deficiências em vitaminas como B1, B2, B12, C e K, e de minerais como zinco, potássio e ferro. Um caso clínico de um rapaz de 17 anos, diagnosticado com ARFID, que desenvolveu hábitos alimentares seletivos aos 5 anos, mas que apresentava peso normal e sem qualquer preocupação com a sua imagem corporal, demonstrou deficiências de vitamina A, B9, B12, D, E e K, resultado da sua dieta extremamente restrita. Através da avaliação da história

alimentar concluiu-se que comia apenas arroz cozido, batatas fritas, *nuggets* de frango, e, por vezes, chocolate.^(34, 48)

Um estudo agrupou as consequências funcionais da deficiência de alguns nutrientes devido à evicção de determinados alimentos, como por exemplo a anemia microcítica resultante de déficit de ferro pela evicção de carnes, peixes e ovos.⁽⁴⁹⁾ Contudo, as consequências nutricionais de ARFID permanecem pouco descritas, sendo necessários mais estudos que explorem esta relação.

PRÁTICAS PARENTAIS

Em idade pediátrica, é comum o desenvolvimento de problemas alimentares, principalmente em crianças mais pequenas. Por vezes, a presença de vômitos, obstipação, dor abdominal entre outras experiências repetidas e negativas com a alimentação, associam-se a comportamentos alimentares desadequados.⁽⁵⁰⁾

O papel dos pais na alimentação das crianças tem sido amplamente estudado. Modelos parentais desadequados, horários de refeições familiares descoordenados, práticas alimentares parentais inadequadas e ambientes agitados são alguns fatores de risco para o desenvolvimento de problemas alimentares na primeira infância.^(50, 51) Crianças com problemas com a alimentação são menos propensas a fazer refeições em família ou a comer os mesmos alimentos que a mesma e, por sua vez, mais propensas a comer fora da mesa e com a presença de distrações (p. ex. ver televisão).⁽⁵¹⁾

Scaglioni *et al.*⁽¹⁸⁾ indicam que práticas alimentares restritivas por parte dos pais parecem ser contraproducentes, isto é, conduzem ao aumento da ingestão dos alimentos restringidos em crianças em idade pré-escolar, sendo um fator de risco para o ganho de peso excessivo. A pressão para comer associa-se a características

de evicção alimentar e menor consumo de alimentos essenciais. Por outro lado, o controlo alimentar de forma moderada, parece facilitar o desenvolvimento da autorregulação, promover a qualidade alimentar das crianças, e reduzir o risco de problemas com a alimentação.^(18, 52)

Um estudo realizado a crianças entre os 3 e os 15 anos verificou que o grupo de crianças com PEA apresentou valores significativamente superiores comparativamente ao grupo sem condições clínicas nas variáveis ARFID, neofobia alimentar, e outros comportamentos alimentares como subingestão emocional, desejo de beber e seletividade alimentar, e ainda práticas alimentares parentais como pressão para comer.⁽⁵³⁾ Considera-se, contudo, relevante perceber qual a relação entre ARFID e práticas alimentares parentais e o comportamento alimentar destas crianças.

TRATAMENTO

Considerando que o diagnóstico de ARFID é relativamente recente, a literatura referente ao tratamento é ainda limitada.⁽²⁹⁾ Dadas as variadas formas de apresentação de ARFID, é improvável que seja identificada uma abordagem única, estando, contudo, estabelecida a necessidade de uma abordagem multidisciplinar.^(29, 54)

Mammel e Ornstein *et al.*⁽⁵⁴⁾ esquematizaram algumas sugestões de abordagens, tendo em conta a forma de apresentação desta perturbação, variando desde o tratamento em ambulatório ao tratamento com internamento hospitalar, consoante a gravidade e grau de desnutrição. Em indivíduos com evicção sensorial, desinteresse na alimentação ou evicção alimentar com base no medo de consequências adversas, sugerem Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC),

Terapia Familiar e abordar as preocupações/ansiedades através de ambientes calmos e seguros para as refeições.^(54, 55) No que diz respeito aos pais, recomendam que estes ofereçam porções maiores e mais frequentes de alimentos aceites, enquanto oferecem pequenas exposições repetidas a 1-2 novos alimentos.

Por fim, relativamente à evicção baseada em sintomas médicos, como perturbações gastrointestinais, os autores sugerem, para além do tratamento da condição médica, priorizar uma nutrição adequada e o aumento gradual do aporte calórico através de suplementos nutricionais orais.⁽⁵⁴⁾

Apesar de não ainda não existir evidência que clarifique qual a conduta mais adequada nestes casos, o tratamento da ARFID parece dever concentrar-se em abordagens comportamentais e nutricionais, como TCC e Terapia Familiar.

OBJETIVOS

O estudo “Prevalência e Caraterização de Crianças com ARFID entre os 2 e os 10 anos numa clínica privada do concelho de Leiria” teve como objetivo geral aferir a prevalência de ARFID em crianças entre os 2 e os 10 anos numa clínica privada do concelho de Leiria.

Este estudo teve como objetivos específicos:

- Caraterizar crianças com ARFID entre os 2 e 10 anos acompanhadas na clínica pediátrica CAIPeD do concelho de Leiria;
- Relacionar caraterísticas antropométricas, sociodemográficas e clínicas com diagnóstico ARFID;
- Relacionar a história clínica materna com diagnóstico de ARFID da criança;
- Relacionar atitudes de controlo alimentar dos cuidadores com diagnóstico de ARFID da criança;
- Relacionar o comportamento alimentar da criança com o diagnóstico de ARFID.

METODOLOGIA

1.1. PARTICIPANTES E PROCEDIMENTO

Tipo de Estudo

O estudo “Prevalência e Caraterização de Crianças com ARFID entre os 2 e os 10 anos numa clínica privada do concelho de Leiria” consiste num estudo observacional transversal e descritivo, constituído por uma amostra não probabilística por conveniência.

O estudo foi submetido à Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria a 24 de agosto de 2023, tendo recebido parecer favorável a 20 de outubro de 2023 ([Anexo A](#)).

Participantes e Local de Estudo

A população-alvo é constituída por crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 10 anos acompanhadas numa clínica pediátrica da cidade de Leiria, CAIPeD - Centro de Avaliação e Intervenção Pediátrica e do Desenvolvimento.

O tamanho amostral foi de 163 crianças, calculado com base numa prevalência de ARFID de 13,3%.⁽³⁹⁻⁴²⁾ Esta prevalência foi determinada a partir da média de quatro estudos semelhantes a este em termos de contexto, faixa etária e critérios de diagnóstico. Utilizou-se um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%.

A dimensão da clínica onde o estudo foi realizado é de aproximadamente 2060 crianças. No entanto, é importante considerar que esta dimensão é baseada numa aproximação, isto é, algumas crianças podem estar a ser atendidas pela primeira vez na clínica, enquanto outras que estão presentes nos registos já não se encontram a ser acompanhadas na mesma.

A realização do estudo exclusivamente numa clínica privada, e não no sistema de saúde público, deve-se ao facto de que a clínica privada possuía maior e mais rápida disponibilidade de acesso à população-alvo e recursos necessários para garantir a qualidade dos dados, facilitando a eficiência da recolha dos mesmos, enquanto o setor público não poderia assegurar estas condições.

CrITÉRIOS de Inclusão e Exclusão

O critério de inclusão do estudo consistiu em ser criança entre os 2 e os 10 anos acompanhada na clínica pediátrica CAIPeD e o critério de exclusão foi relativo a cuidadores de crianças que não conseguissem ler nem escrever em língua portuguesa.

O período de recolha de dados foi realizado de forma presencial e online. A avaliação de presença de ARFID foi feita pelo pediatra durante a consulta, e os pais/cuidadores responderam a questionários sociodemográficos, clínicos e alimentares online. Foram incluídas todas as avaliações realizadas nas consultas entre 13 de novembro de 2023 e 5 de abril de 2024, tendo a recolha de questionários online sido alargada até ao dia 24 de abril de 2024.

Procedimento de Recolha de Informação

Considerando a voluntariedade da participação, foi entregue um documento de consentimento informado aos pais/cuidadores das crianças antes da consulta ([Apêndice A](#)). Antes de consentirem participar, todos os participantes foram informados sobre o tema de estudo e objetivos, com a ressalva de que, a qualquer momento do estudo, era dada a hipótese de se retirarem. Além disso, todas as dúvidas foram esclarecidas, assegurando uma compreensão clara das

responsabilidades e contribuições requeridas no contexto do estudo. O anonimato dos participantes do estudo foi assegurado, tendo sido feita a identificação dos mesmos através de um código alfanumérico.

A avaliação de presença de ARFID foi realizado pelo médico pediatra responsável pela consulta, no momento da mesma.

No consentimento informado, encontrava-se um *QR Code* que dava acesso direto aos três questionários, disponibilizados através da plataforma *LimeSurvey*. Além disso, um *tablet* foi disponibilizado na clínica para possibilitar o preenchimento imediato dos questionários. No entanto, esta opção revelou-se inviável devido à necessidade de supervisão constante das crianças abrangidas e à limitação de tempo disponível antes das consultas. De modo a facilitar o processo, decidiu-se enviar um email aos pais/cuidadores, utilizando o endereço eletrónico fornecido no consentimento informado, com o link de acesso aos questionários. Este método permitiu que o preenchimento fosse realizado num momento mais conveniente. Para garantir o máximo número de respostas completas, solicitou-se aos pais/cuidadores que fornecessem os seus endereços eletrónicos e números de telefone no momento do consentimento informado. Adicionalmente, e de forma a assegurar uma participação efetiva, foram enviados lembretes de forma periódica pelas referidas vias, sublinhando a importância e a necessidade de completar os questionários.

Viés

O presente estudo está sujeito a diversos tipos de vieses que podem afetar a validade dos resultados. Foram considerados os seguintes vieses:

- Viés de Seleção

Se a amostra do estudo não for representativa da população-alvo, pode surgir o viés de seleção. A seleção dos participantes foi feita através de uma amostragem por conveniência. Apesar da tentativa de garantir uma amostra representativa da população pediátrica, existe a possibilidade de que certos subgrupos da população não estejam adequadamente representados devido a diversos fatores como por exemplo fatores socioeconómicos.

- Viés de Informação

O viés de informação surge quando há erros na medição das variáveis. No nosso estudo, alguns dados, como por exemplo relativos à prática de atividade física, entre outros, foram recolhidos através de um questionário online autoadministrado. Para minimizar este viés, foram apresentadas instruções claras e detalhadas, apresentando um exemplo de resposta relativamente ao modo correto de preenchimento deste tipo de questões. Contudo não se pode excluir a possibilidade de respostas incorretas ou incompletas por parte dos participantes.

- Viés de Memória

Em estudos observacionais transversais, os participantes podem ter dificuldade em recordar com precisão e de forma detalhada informações passadas, conduzindo a um viés de memória. Este viés revelou-se particularmente relevante nas variáveis relativas à gestação, onde a memória dos cuidadores/pais, em especial daqueles cujas crianças tinham idade mais avançada, pode ter influenciado a precisão das respostas.

1.2. MATERIAIS

A metodologia adotada neste estudo envolveu a utilização de diferentes materiais, incluídas de forma a recolher informações sobre os participantes. Essencialmente, a participação no estudo implicou o preenchimento de três questionários.

Inicialmente, os pais/cuidadores foram solicitados a completar um questionário sociodemográfico e clínico, concebido exclusivamente para este estudo, com o intuito de obter uma visão geral sobre o perfil materno, paterno e da própria criança. Esta ferramenta permite estabelecer um contexto para a análise subsequente do comportamento alimentar.

Seguidamente, foi aplicado o *Children's Eating Behaviour Questionnaire* (CEBQ), denominado em língua portuguesa como Questionário do Comportamento Alimentar da Criança, um instrumento amplamente reconhecido pela sua capacidade de fornecer detalhes relativamente ao estilo alimentar das crianças. Por fim, o *Child Feeding Questionnaire* (CFQ), em português Questionário Alimentar para Crianças, foi utilizado para analisar as atitudes parentais de controlo alimentar.

1.3. DIAGNÓSTICO

No momento da consulta, foi realizado pelos médicos pediatras, o diagnóstico de ARFID, recolhidos os dados antropométricos da estatura, em centímetros, e peso corporal, em quilogramas (kg), e ainda o sexo e idade da criança.

O diagnóstico de ARFID foi realizado com base nos critérios de diagnóstico do DSM-5-TR ([Apêndice B](#)).⁽²⁰⁾ A presença da perturbação foi definida através das respostas aos seguintes critérios:

Critério A: Alteração da ingestão ou alimentação (por exemplo, aparente falta de interesse em se alimentar ou na comida; evitamento baseado nas características sensoriais dos alimentos; preocupação sobre consequências aversivas da alimentação) associada a 1 (ou mais) dos seguintes:

A1 - Perda de peso significativa (ou incapacidade de atingir o ganho de peso esperado ou crescimento alternante nas crianças);

A2 - Deficiência nutricional significativa;

A3 - Dependência da alimentação entérica ou suplementos nutricionais orais;

A4 - Interferência marcada no funcionamento psicossocial.

Critério B: A perturbação não é mais bem explicada por falta de alimentos disponíveis ou por uma prática culturalmente aceita associada.

Critério C: A perturbação alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de AN ou BN, e não há evidência de uma perturbação no modo como o peso ou a forma corporal do indivíduo são experienciados.

Critério D: A perturbação alimentar não é devida a uma condição médica concomitante nem é mais bem explicada por outra perturbação mental. Quando a perturbação alimentar ocorre durante a evolução de outra condição ou perturbação, a gravidade da perturbação alimentar excede aquela habitualmente associada à condição ou perturbação e é suficiente para merecer uma atenção clínica adicional.

Na metodologia adotada, foram classificadas como crianças com ARFID todas aquelas que apresentavam, no mínimo, um dos quatro pontos do critério A estabelecidos. Nas situações onde houvesse presença de alguma alteração da ingestão ou alimentação, mas que não se refletisse em nenhum dos quatro

pontos considerados, a criança não foi considerada como diagnosticada com ARFID.

1.4. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

De modo a caracterizar a amostra e os casos específicos de ARFID, foi desenvolvido um questionário sociodemográfico e clínico. O tempo estimado para o preenchimento integral foi de aproximadamente 15 minutos ([Apêndice C](#)).

O questionário foi dividido, essencialmente, em duas partes: a primeira parte é referente aos cuidadores da criança, e a segunda, referente à criança participante.

A primeira parte divide-se em 3 subpartes: dados sociodemográficos, gestação e dados clínicos atuais parentais. Relativamente aos dados sociodemográficos dos cuidadores, foram incluídas questões acerca do grau de parentesco com a criança, sexo, idade, nacionalidade, número de filhos, estado civil, habilitações académicas, situação profissional atual e rendimento líquido mensal do agregado familiar, pretendendo-se, assim, enquadrar socioeconomicamente a criança, de forma a relacionar as condições de vida dos cuidadores com possíveis especificidades no desenvolvimento alimentar das crianças.

No que diz respeito à gestação, incluíram-se questões acerca do aumento de peso da mãe durante a gestação, a duração da gestação, o tipo de parto, e se a mãe apresentou alguma perturbação do comportamento alimentar antes da gravidez da criança em estudo. Questionou-se, também, sobre eventuais complicações durante a gestação, como por exemplo diabetes gestacional, hipertensão arterial, obesidade, entre outras.

Por fim, as questões relativamente ao estado clínico atual dos pais incidiram sobre a existência de patologias, tanto na mãe como no pai, como por exemplo a

Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, alergias alimentares, obesidade, entre outras.

A segunda parte do questionário referente às crianças, dividiu-se em duas subpartes: alimentação da criança no 1º ano de vida e alimentação atual da criança. Relativamente à alimentação da criança no 1º ano de vida, as questões incidiram nas primeiras etapas da alimentação infantil, um período crítico para o desenvolvimento de preferências e hábitos alimentares. Foram incluídas questões relativas ao tipo de aleitamento (materno ou fórmula infantil), duração do aleitamento materno exclusivo, caso existente, e introdução de fórmulas infantis, especificando os períodos de início e fim. Os cuidadores foram questionados acerca da idade em que foram introduzidos os alimentos sólidos, quais os alimentos utilizados no início da alimentação complementar e acerca da presença de eventuais complicações nesta fase.

No que diz respeito à alimentação atual da criança, os pais/cuidadores foram questionados sobre a presença de intolerâncias ou alergias alimentares, aversões específicas a alimentos e existência de patologias.

1.5. CHILDREN'S EATING BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE

De modo a avaliar o comportamento alimentar das crianças e relacionar com o diagnóstico de ARFID, foi solicitado aos participantes que respondessem ao Questionário de Comportamento Alimentar da Criança.

O CEBQ é um questionário validado e fiável, multidimensional, desenvolvido em 2001 por Jane Wardle, com o objetivo de avaliar o estilo alimentar de crianças a partir dos 2 anos de idade, tendo sido concebido para ser preenchido pelos pais em relação aos comportamentos alimentares habituais dos seus filhos⁽⁵⁶⁾. Este

instrumento, validado para crianças com idade superior a 2 anos ⁽⁵⁷⁾, é composto originalmente por 8 dimensões. As dimensões *Satiety responsiveness* (SR), *Slowness in eating* (SE), *Fussiness* (FF), *Emotional undereating* (EUE) encontram-se no conjunto “evitamento da comida”. As dimensões *Food responsiveness* (FR), *Enjoyment of food* (EF), *Emotional overeating* (EOE) e *Desire to drink* (DD) pertencem ao conjunto “atração pela comida”. O CEBQ foi posteriormente validado para a população pediátrica portuguesa, em 2008. O estudo de validação decorreu numa escola e num serviço pediátrico para crianças com obesidade ou pequenos problemas de aprendizagem, no qual foram incluídas 240 crianças, com idades compreendidas entre os 3 e os 13 anos. ⁽⁵⁸⁾

O CEBQ é constituído por 35 itens, nas quais os pais avaliam os comportamentos alimentares das crianças numa escala Likert de 5 pontos, variando de Nunca (1) a Sempre (5). Pontuações mais altas refletem comportamentos alimentares mais extremos, sendo as subescalas calculadas através da média das pontuações. Contudo, os itens 3, 4, 10, 16 e 32 são cotadas numa escala inversa das restantes. ^(56, 58)

1.6. CHILD FEEDING QUESTIONNAIRE

O Questionário Alimentar para Crianças foi elaborado por Birch *et al.* com o objetivo de avaliar as crenças, atitudes e práticas dos pais em relação à alimentação dos seus filhos. Trata-se de um instrumento de autorrelato, desenvolvido para pais de crianças entre os 2 e os 11 anos. ⁽⁵⁹⁾

O CFQ é constituído por 31 itens, compreendidos em 7 subescalas. As subescalas *Perceived responsibility* (RESP), *Parent perceived weight* (PPW), *Perceived child weight* (PCW) e *Parents' concerns about child weight* (CN), avaliam o risco e

preocupação com o peso. As restantes avaliam as atitudes de controlo dos pais relativamente à alimentação dos filhos, designadamente a *Restriction* (RST), *Pressure to Eat* (PE) e *Monitoring* (MN). O número de itens respondidos na PCW varia consoante a idade da criança, dado que avalia o peso ao longo de diferentes anos. A cotação de cada item é feita através de uma escala de Likert de 5 pontos. O CFQ encontra-se validado para a população portuguesa. O estudo de validação foi realizado a 292 mães de crianças e respetivos filhos, entre os 7 e os 12 anos, frequentadores de escolas de ensino básico da área do Porto.⁽⁶⁰⁾

2. ANÁLISE DE DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao programa IBM SPSS *Statistics*, na sua versão 26 para *Windows*.

Utilizou-se o Alfa de Cronbach de modo a analisar a consistência interna dos questionários CEBQ e CFQ.

Foram utilizados os seguintes métodos: no caso de variáveis quantitativas, calculou-se a média e o desvio-padrão e, no caso das variáveis categóricas, as frequências absolutas e relativas.

Sempre que possível, para as variáveis quantitativas, usaram-se os testes estatísticos paramétricos para comparar médias (Teste T de Student), para a diferença entre duas médias populacionais para amostras independentes. Para comparação de três ou mais médias populacionais para amostras independentes, foi utilizado o Teste ANOVA.

Para isso, foi necessária uma distribuição normal e variâncias homogéneas.

Quando um destes pressupostos falhou, utilizaram-se testes estatísticos não

paramétricos (Teste U de Mann-Whitney e Teste H de Krusal-Wallis) para comparar medianas.

Para as variáveis categóricas, utilizou-se o Teste Qui-quadrado, que compara as frequências observadas de cada grupo de sujeitos, com as frequências esperadas e verifica se essas diferenças são devido ao acaso.

A Correlação de Spearman foi utilizada para correlacionar variáveis quantitativas, quando não se verificou uma distribuição normal.

Em todas as análises considerou-se um nível de significância de 5%.

O estado nutricional foi aferido através da antropometria, tendo sido recolhidos os dados relativos ao peso e à estatura. No que diz respeito às crianças entre os 2 e os 5 anos, os dados foram introduzidos no software Anthro, na sua versão v3.2.2.

Para as crianças com idade superior a 5 anos, foi utilizado o software AnthroPlus, na sua versão v1.0.4. Ambos os softwares foram desenvolvidos pela OMS.

RESULTADOS

1. RESULTADOS DA AMOSTRA

Entre 13 de novembro de 2023 e 5 de abril de 2024, foram realizadas 163 avaliações nas consultas de pediatria da clínica CAIPeD. Foram recolhidas 94 respostas completas aos questionários, após a exclusão das respostas incompletas e duplicadas.

1.1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ANTROPOMÉTRICOS

No que diz respeito aos resultados sociodemográficos, das 163 crianças participantes, 86 são do sexo feminino (54,4%) e 72 do sexo masculino (45,6%). A média das idades das crianças foi de 5,42 anos (DP = 2,484).

Relativamente ao estado nutricional, 95,5% das crianças participantes encontravam-se com peso adequado, tendo, contudo, sido encontradas seis crianças com pré-obesidade e uma com obesidade. A Tabela 1 detalha a caracterização sociodemográfica das crianças participantes.

Tabela 1 - Caraterização sociodemográfica da amostra

	n	%
Sexo		
Feminino	86	54,4
Masculino	72	45,6
Estado Nutricional		
Peso Adequado	148	95,5
Pré-obesidade	6	3,9
Obesidade	1	0,6

Relativamente aos pais, verificou-se que a maioria dos questionários foram preenchidos por mães (94,7%), havendo apenas 5 questionários respondidos por pais. Quanto à nacionalidade, 97,9% dos inquiridos têm nacionalidade portuguesa.

No que diz respeito às habilitações literárias, a maioria (85,2%) concluiu o ensino superior. Dos inquiridos, 54,3% tem dois filhos e 9,6% tem 3 filhos. Verificou-se que 92,6% têm o estado civil de casado/união de facto. A caracterização sociodemográfica dos cuidadores encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Caraterização sociodemográfica dos pais/cuidadores das crianças participantes

	n	%
Sexo		
Feminino	89	94,7
Masculino	5	5,3
Nacionalidade		
Portuguesa	92	97,9
Brasileira	1	1,1
Francesa	1	1,1
Habilitações Literárias		
2º Ciclo do Ensino Básico	1	1,1
Ensino secundário profissional	13	13,8
Licenciatura	59	62,8
Mestrado	20	21,3
Doutoramento	1	1,1
Rendimento		
Menos de 599€	1	1,2
Entre 600€ a 999€	4	4,7
Entre 1000€ a 1499€	5	5,9
Entre 1500€ a 1999€	20	23,5
Entre 2000€ a 2499€	23	27,1
Mais de 2500€	32	37,6

1.2. RESULTADOS DAS QUESTÕES RELATIVAS À GESTAÇÃO E DADOS CLÍNICOS PARENTAIS

Foram realizadas questões relacionadas com a gestação, e os períodos pré e pós-parto materno da criança que compareceu na consulta. No que diz respeito ao momento da concepção, apenas 5,3% das mães tinham idade superior a 40 anos, idade a partir da qual se considera como gravidez de risco. Verificou-se que 56,4% dos partos foram vaginais e que apenas 15,4% dos nascimentos foram pré-

termo. O aumento de peso no decorrer da gestação, em média, foi de aproximadamente 13kg.

Os dados obtidos relativamente à gestação, períodos pré e pós-parto e patologias atuais da mãe e pai das crianças participantes, estão presentes na Tabela 3.

Relativamente à presença de PAI materna prévia à gestação, foi reportada adicionalmente às opções incluídas no questionário depressão com traços de AN (33,3%). No que diz respeito às complicações no decorrer da gestação, foram relatadas várias condições, como por exemplo pré-eclampsia, nefropatia por IgA, doença de Crohn, entre outras.

No que concerne à medicação durante a gestação, foram mencionados medicamentos para asma e alergias, medicação para náuseas e enjoos, medicação para depressão e ansiedade, hipertensão, entre outros. Quanto à suplementação durante a gestação, especificamente no que respeita ao ácido fólico, a toma de Folicil (n=18) foi a mais predominante, seguida da toma de Folifer (n=5).

No que diz respeito às patologias atuais das mães, destaca-se a presença de perturbações como depressão (n=7), ansiedade (n=3), bem como a prevalência de obesidade (n=7) e asma (n=4). Em relação aos pais, é de salientar a prevalência de hipertensão arterial (n=5).

Tabela 3 - Dados relativos à gestação, pré-parto, pós-parto e condição clínica atual dos pais/cuidadores das crianças participantes

	n	%
PAI antes da gestação		
Não	88	93,6

Sim	6	6,4
Ingestão Alimentar Compulsiva	4	66,7
Bulimia Nervosa	1	16,7
Outros	2	33,3
Complicações durante a gravidez		
Não	70	74,5
Sim	24	25,5
Asma Brônquica com crises sob medicação	1	4,2
Diabetes gestacional	4	16,7
Diabetes tipo 2 prévia à gravidez	1	4,2
Restrição de crescimento fetal	3	12,5
Hipertensão arterial crónica	1	4,2
Obesidade	1	4,2
Doença psiquiátrica controlada com necessidade de medicação	2	8,3
Anemia	4	16,7
Gravidez gemelar	5	20,8
Feto leve para a idade gestacional	2	8,3
Outros	9	37,5
Medicação durante a gestação		
Não	51	56,0
Sim	40	44,0
Toma de Ácido Fólico durante a gestação		
Não	8	8,9
Sim	82	91,1
Início da toma de Ácido Fólico		
Antes da conceção	55	63,2
Após a conceção	32	36,8
Toma de Iodo durante a gestação		

Não	56	60,9
Sim	36	39,1
Toma de Ferro durante a gestação		
Não	34	36,2
Sim	60	63,8
Toma de cafeína durante a gestação		
Não	39	41,5
Sim	55	58,5
Consumo de Tabaco durante a gestação		
Não	90	95,7
Sim	4	4,3
Prática de Exercício Físico durante a gestação		
Não	53	56,4
Sim	41	43,6
Complicações pós-parto		
Não	63	67,0
Sim	31	33,0
Problemas com a amamentação que tenham conduzido à desistência	16	51,6
Baby Blues pós-parto	8	25,8
Depressão pós-parto	8	25,8
Défice Nutricional	2	6,5
Patologias Atuais Mãe		
Não	69	73,4
Sim	25	26,6
Diabetes Mellitus Tipo 1	1	4,0
Hipertensão Arterial	1	4,0
Alergia Alimentar	1	4,0
Obesidade	7	28,0

Asma	4	16,0
Depressão	7	28,0
PAI	1	4,0
Outros	10	40,0
Patologias Atuais Pai		
Não	81	86,2
Sim	13	13,8
Hipertensão Arterial	5	38,5
Obesidade	2	15,4
Asma	3	23,1
Depressão	1	7,7
Perturbação de Saúde Mental	1	7,7
Outros	3	23,1

1.3. RESULTADOS DAS QUESTÕES CLÍNICAS E ALIMENTARES DA AMOSTRA

Em relação às crianças participantes, a maioria é a criança primogénita (61,5%). Verificou-se que 90% das crianças foi alimentada através de aleitamento materno, com uma duração média de 12,74 meses (DP = 9,759). Observou-se que as crianças foram alimentadas exclusivamente através de aleitamento materno, em média durante 4,21 meses (DP = 1,727).

Os resultados relativos aos dados clínicos e alimentares da amostra encontram-se em detalhe na Tabela [4](#).

Relativamente à alimentação complementar, 91,5% das crianças não apresentou complicações nesta fase, tendo a maioria das crianças iniciado a sua alimentação complementar com sopa (n=40). Foram, contudo, reportadas aversões

alimentares diversas, incluindo a produtos hortícolas (brócolo, cenoura cozida, cogumelo, couve, couve-flor e hortícolas em geral), fruta em geral e banana, batata-doce, peixe, carne e ovos. Adicionalmente, foram reportadas aversões a canja, chocolate e salsichas.

No que diz respeito às alergias e intolerâncias alimentares reportadas pelos pais, verificou-se a predominância da intolerância à lactose (n=3). Também foram identificadas crianças com alergia alimentar ao pêssigo e sensibilidade ao glúten.

Quanto às patologias identificadas na amostra, é de salientar a prevalência de perturbações do foro mental, como a depressão, a PA, a PEA e a Perturbação da Regulação do Processamento Sensorial. Foram também mencionados atraso na linguagem, Síndrome de Dravet e Deficiência de alfa 1-antitripsina.

Tabela 4 - Dados clínicos e alimentares da amostra

	n	%
Aleitamento Materno		
Não	9	10,0
Sim	81	90,0
Fórmulas Infantis		
Não	35	37,6
Sim	58	62,4
Complicações na alimentação complementar		
Não	86	91,5
Sim	8	8,5
Criança com alergia/intolerância alimentar		
Não	90	95,7
Sim	4	4,3
Aversão alimentar		
Não	74	79,6
Sim	19	20,4
Patologia atual		
Não	76	80,9
Sim	18	19,1

Anemia	1	5,6
Asma	3	16,7
PEA	1	5,6
PA	4	22,2
PHDA	3	16,7
Outros	7	38,9

1.4. RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA

O comportamento alimentar das crianças, foi analisado através do CEBQ,⁽⁵⁸⁾. A fiabilidade de cada uma das oito dimensões e do total do questionário foi investigada através do coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach. Os coeficientes variaram entre 0,67 e 0,89 (Tabela 5). Estes encontram-se aceitáveis comparativamente a estudos anteriores de validação do CEBQ.^(56, 58, 61)

Tabela 5 - Fiabilidade do CEBQ (Alfa de Cronbach)

Dimensão do CEBQ	Alfa de Cronbach
EF - <i>Enjoyment of food</i>	0,81
FR - <i>Food responsiveness</i>	0,80
SR - <i>Satiety responsiveness</i>	0,77
SE - <i>Slowness in eating</i>	0,81
FF - <i>Fussiness</i>	0,89
EOE - <i>Emotional overeating</i>	0,77
EUE - <i>Emotional undereating</i>	0,77
DD - <i>Desire to drink</i>	0,68
CEBQ Total	0,76

A média das classificações finais foi de 2,540 pontos (DP = 0,340). A pontuação mínima foi de 1,71 pontos e a máxima foi de 3,11 pontos. A análise descritiva das

escalas que constituem o CEBQ, nomeadamente os valores máximos e mínimos, a média, desvio padrão e mediana para cada dimensão, encontra-se na Tabela 6 (n=94).

Os valores médios mais elevados observaram-se nas dimensões *Enjoyment of food* e *Fussiness*, enquanto os mais baixos encontraram-se nas dimensões *Emotional overeating* e *Desire to drink*.

O comportamento de “*atração pela comida*” que inclui: EF, FR, EOE e DD, apresentou o mínimo de 1,28 e máximo de 3,63, com média de 2,252 (DP = 0,434). Quanto ao “*evitamento da comida*”, nomeadamente SR, SE, FF e EUE, apresentaram mínimo de 1,53 e máximo de 4,14, média de 2,773 (DP = 0,538), sendo esta superior à média dos comportamentos de “*atração por comida*”.

Tabela 6 - Estatística Descritiva relativa ao CEBQ para a amostra completa

Dimensão do CEBQ	Comportamento Alimentar da Criança		
	Min-Máx	Média ± Desvio Padrão	Mediana (Q1-Q3)
EF - <i>Enjoyment of food</i>	1,25-5,00	3,106±0,696	3,250 (2,750-3,750)
FR - <i>Food responsiveness</i>	1,00-4,00	2,160±0,684	2,000 (1,600-2,400)
SR - <i>Satiety responsiveness</i>	1,00-4,75	2,862±0,768	2,750 (2,250-3,500)
SE - <i>Slowness in eating</i>	1,40-4,40	2,636±0,703	2,600 (2,000-3,000)
FF - <i>Fussiness</i>	1,50-5,00	2,890±0,833	2,833 (2,167-3,667)
EOE - <i>Emotional overeating</i>	1,00-3,00	1,676±0,498	1,750 (1,250-2,000)
EUE - <i>Emotional undereating</i>	1,00-5,00	2,705±0,801	2,625 (2,250-3,250)
DD - <i>Desire to drink</i>	1,00-4,00	2,067±0,556	2,000 (1,667-2,333)
Atração pela comida (EF, FR, EOE, DD)	1,28-3,63	2,252±0,434	2,208 (1,963-2,551)
Evitamento da comida (SR, SE, FF, EUE)	1,53-4,14	2,773±0,538	2,675 (2,395-3,128)
CEBQ Total	1,71-3,11	2,540±0,304	2,571 (2,307-2,771)

Através da utilização do teste t de Student e do teste U de Mann-Whitney procurou-se analisar a relação entre o comportamento alimentar da amostra com o sexo das crianças (Tabela 7). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão *ingestão lenta* ($p < 0,001$), sendo esta superior nas crianças do sexo feminino comparativamente às crianças do sexo masculino. Ainda, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas classificações finais do CEBQ entre sexos ($p = 0,040$), sendo superior no sexo feminino.

Tabela 7 - Relação entre Comportamento Alimentar e o sexo das crianças

Dimensão do CEBQ	Sexo da criança	Média ± Desvio Padrão	Mediana (Q1-Q3)	Valor-p
EF - <i>Enjoyment of food</i>	Feminino	3,065 ± 0,723	3,250 (2,500-3,500)	0,346 [#]
	Masculino	3,154 ± 0,690	3,250 (2,750-3,750)	
FR - <i>Food responsiveness</i>	Feminino	2,132 ± 0,720	2,000 (1,600-2,400)	0,511 [#]
	Masculino	2,226 ± 0,657	2,000 (1,800-2,600)	
SR - <i>Satiety responsiveness</i>	Feminino	2,980 ± 0,687	3,000 (2,500-3,563)	0,095 [#]
	Masculino	2,718 ± 0,801	2,750 (2,000-3,250)	
SE - <i>Slowness in eating</i>	Feminino	2,868 ± 0,642	2,800 (2,400-3,400)	< 0,001 [#]
	Masculino	2,400 ± 0,705	2,200 (2,000-2,800)	
FF - <i>Fussiness</i>	Feminino	2,923 ± 0,874	2,833 (2,125-3,708)	0,524 [£]
	Masculino	2,808 ± 0,810	2,833 (2,000-3,500)	
EOE - <i>Emotional overeating</i>	Feminino	1,715 ± 0,500	1,750 (1,250-2,000)	0,401 [#]
	Masculino	1,628 ± 0,522	1,750 (1,000-2,000)	
EUE - <i>Emotional undereating</i>	Feminino	2,810 ± 0,728	3,000 (2,250-3,250)	0,128 [#]
	Masculino	2,628 ± 0,914	2,500 (2,000-3,000)	
DD - <i>Desire to drink</i>	Feminino	2,127 ± 0,587	2,000 (1,667-2,333)	0,378 [#]

	Masculino	2,000 ± 0,524	2,000 (1,667-2,333)	
CEBQ Total	Feminino	2,606 ± 0,305	2,657 (2,364-2,829)	0,040 [£]
	Masculino	2,471 ± 0,298	2,457 (2,257-2,714)	

- Teste U de Mann-Whitney; £ - Teste T de Student

Realizou-se a correlação de Spearman de modo a verificar-se a existência de relação entre o IMC das crianças e o comportamento alimentar das mesmas (Tabela 8). Observou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o IMC das crianças e a dimensão *prazer em comer* do CEBQ ($p = 0,009$).

Tabela 8 - Relação entre o Comportamento Alimentar das Crianças e o seu IMC

Dimensão do CEBQ	IMC da Criança	
	R	Valor-p
EF - <i>Enjoyment of food</i>	0,277	0,009
FR - <i>Food responsiveness</i>	0,159	0,140
SR - <i>Satiety responsiveness</i>	- 0,120	0,266
SE - <i>Slowness in eating</i>	- 0,199	0,063
FF - <i>Fussiness</i>	0,024	0,823
EOE - <i>Emotional overeating</i>	0,073	0,497
EUE - <i>Emotional undereating</i>	0,043	0,694
DD - <i>Desire to drink</i>	0,131	0,225
Atração pela comida	0,201	0,061
Evitamento da comida	-0,128	0,236
CEBQ Total	0,149	0,166

De modo a analisar a relação entre a idade das crianças e o comportamento alimentar, realizou-se o de Teste H de Kruskal-Wallis e o Teste ANOVA, presente na Tabela 9. As categorias utilizadas para as faixas etárias (2-3 anos, 4 anos, 5 anos, 6 anos e 7 ou mais anos) foram retiradas do artigo de desenvolvimento da ferramenta CEBQ.⁽⁵⁶⁾

Foram identificadas diferenças estatisticamente significativas na dimensão do *prazer em comer*, sendo que as crianças com idades entre 2 e 3 anos apresentaram valores superiores em comparação com as crianças com mais de 6 anos ($p = 0,045$).

Tabela 9 - Média e Desvio Padrão das dimensões do CEBQ por faixa etária

Dimensão do CEBQ	Faixa Etária					Valor-p
	2-3 anos	4 anos	5 anos	6 anos	7 ou + anos	
EF - <i>Enjoyment of food</i>	3,388 ± 0,699	3,135 ± 0,642	2,700 ± 0,622	2,833 ± 0,707	2,953 ± 0,688	0,045 [§]
FR - <i>Food responsiveness</i>	2,414 ± 0,725	2,046 ± 0,584	2,320 ± 0,756	2,022 ± 0,452	2,044 ± 0,723	0,244 [§]
SR - <i>Satiety responsiveness</i>	2,862 ± 0,670	2,942 ± 0,542	3,450 ± 0,837	2,944 ± 0,622	2,703 ± 0,879	0,415 [§]
SE - <i>Slowness in eating</i>	2,710 ± 0,706	2,615 ± 0,732	3,160 ± 0,713	2,622 ± 0,441	2,588 ± 0,765	0,467 [§]
FF - <i>Fussiness</i>	2,638 ± 0,864	2,718 ± 1,051	2,967 ± 0,938	2,926 ± 0,688	3,135 ± 0,735	0,135 [§]
EOE - <i>Emotional overeating</i>	1,569 ± 0,508	1,731 ± 0,625	1,950 ± 0,647	1,833 ± 0,468	1,688 ± 0,440	0,509 [§]
EUE - <i>Emotional undereating</i>	3,000 ± 0,947	2,769 ± 0,838	2,900 ± 0,962	2,806 ± 0,635	2,445 ± 0,634	0,114 [§]
DD - <i>Desire to drink</i>	2,161 ± 0,575	2,000 ± 0,544	2,533 ± 0,869	2,000 ± 0,624	1,958 ± 0,470	0,552 [§]
CEBQ Total	2,606 ± 0,296	2,512 ± 0,424	2,766 ± 0,324	2,527 ± 0,290	2,486 ± 0,261	0,287 [§]

§ - Teste H de Kruskal-Wallis; § - Teste ANOVA

1.5. RESULTADOS QUESTIONÁRIO ALIMENTAR PARA CRIANÇAS

As atitudes e práticas alimentares parentais foram analisadas através do CFQ.^{(59,}
⁶⁰⁾ A fiabilidade das sete dimensões e do total do questionário foi investigada através do coeficiente de consistência interna, Alfa de Cronbach (Tabela 10). Os coeficientes variaram entre 0,66 e 0,94, encontrando-se em valores aceitáveis comparativamente a estudos anteriores de validação do CFQ.^(59, 60)

Tabela 10 - Fiabilidade do CFQ (Alfa de Cronbach)

Dimensão do CFQ	Alfa de Cronbach
RESP - <i>Perceived responsibility</i>	0,83
PPW - <i>Parent perceived weight</i>	0,67
PCW - <i>Perceived child weight</i>	0,84
CN - <i>Parents' concerns about child weight</i>	0,83
RST - <i>Restriction</i>	0,71
PE - <i>Pressure to eat</i>	0,66
MN - <i>Monitoring</i>	0,94
CFQ Total	0,80

Calculou-se a média das classificações finais do CFQ, tendo-se obtido uma média de 3,132 pontos (DP = 0,397). A análise descritiva das escalas que constituem o CFQ, nomeadamente os valores máximos e mínimos, a média, desvio padrão e mediana para cada dimensão, encontra-se na Tabela 11.

A pontuação média mínima foi de 2,13 pontos e a máxima foi de 3,70 pontos. Os valores médios mais elevados observaram-se nas dimensões *Perceived responsibility* e *Monitoring*, enquanto os mais baixos encontraram-se nas dimensões *Parents' concerns about child weight* e *Pressure to eat*.

O “*risco e preocupação com o peso*”, que inclui: RESP, PPW, PCW e CN, apresentou o mínimo de 2,46 e o máximo de 3,83, com uma média 3,063 (DP = 0,351).

Quanto às “*atitudes de controlo dos pais*”, designadamente RST, PE e MN, apresentaram mínimo de 1,36 e máximo de 4,67, média de 3,407 (DP = 0,587).

Tabela 11 - Estatística Descritiva relativa ao CFQ para a amostra completa

Dimensão do CFQ	Controlo Parental na Alimentação das Crianças		
	Min-Máx	Média ± Desvio Padrão	Mediana (Q1-Q3)
RESP - <i>Perceived responsibility</i>	1,00-5,00	4,213±0,711	4,000 (4,000-5,000)
PPW - <i>Parent perceived weight</i>	2,00-4,25	3,059±0,407	3,000 (3,000-3,250)
PCW - <i>Perceived child weight</i>	2,00-3,20	2,906±0,246	3,000 (3,000-3,000)
CN - <i>Parents' concerns about child weight</i>	1,00-5,00	2,401±1,191	2,333 (1,000-3,333)
RST - <i>Restriction</i>	1,00-4,38	3,194±0,707	3,250 (3,000-3,656)
PE - <i>Pressure to eat</i>	1,00-5,00	2,843±0,895	2,750 (2,000-3,500)
MN - <i>Monitoring</i>	1,33-5,00	4,184±0,900	4,167 (3,667-5,000)
Preocupação com o peso (RESP, PPW, PCW, CN)	2,46-3,83	3,063±0,351	3,073 (2,797-3,358)
Atitudes de controlo dos pais (RST, PE, MN)	1,36-4,67	3,407±0,587	3,500 (3,066-3,795)
CFQ Total	2,13-3,70	3,132±0,397	3,183 (2,933-3,425)

Através da utilização do teste t de Student e do teste U de Mann-Whitney procurou-se analisar a relação entre as práticas parentais relativamente à alimentação e o sexo das crianças (Tabela 12). Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão *preocupação com o excesso de peso dos filhos* ($p = 0,004$), sendo esta superior para crianças do sexo feminino comparativamente com crianças do sexo masculino.

Tabela 12 - Relação entre as práticas alimentares parentais e o sexo das crianças participantes

Dimensão do CFQ	Sexo da criança	Média ± Desvio Padrão	Mediana (Q1-Q3)	Valor-p
RESP - <i>Perceived responsibility</i>	Feminino	4,267 ± 0,780	4,333 (4,000-5,000)	0,487 [#]
	Masculino	4,214 ± 0,605	4,000 (4,000-4,667)	
PPW - <i>Parent perceived weight</i>	Feminino	3,030 ± 0,409	3,000 (2,750-3,250)	0,668 [#]
	Masculino	3,051 ± 0,364	3,000 (3,000-3,250)	
PCW - <i>Perceived child weight</i>	Feminino	2,882 ± 0,283	3,000 (3,000-3,000)	0,970 [#]
	Masculino	2,907 ± 0,237	3,000 (2,800-3,000)	
CN - <i>Parents' concerns about child weight</i>	Feminino	2,747 ± 1,241	3,000 (1,667-3,667)	0,004 [#]
	Masculino	2,000 ± 1,046	1,667 (1,000-3,000)	
RST - <i>Restriction</i>	Feminino	3,310 ± 0,607	3,250 (3,000-3,750)	0,340 [#]
	Masculino	3,080 ± 0,814	3,250 (2,875-3,625)	
PE - <i>Pressure to eat</i>	Feminino	2,865 ± 0,854	2,750 (2,188-3,500)	0,817 [£]
	Masculino	2,821 ± 0,946	3,000 (2,000-3,500)	
MN - <i>Monitoring</i>	Feminino	4,320 ± 0,771	4,667 (4,000-5,000)	0,383 [#]
	Masculino	4,094 ± 1,000	4,000 (3,667-5,000)	
CFQ Total	Feminino	3,222 ± 0,382	3,333 (3,000-3,500)	0,215 [£]
	Masculino	3,042 ± 0,419	3,133 (2,933-3,367)	

- Teste U de Mann-Whitney; £ - Teste T de Student

Realizou-se a correlação de Spearman de modo a verificar-se a existência de relação entre o IMC das crianças e as práticas alimentares parentais das mesmas (Tabela 13). Observaram-se correlações positivas estatisticamente significativas entre o IMC das crianças e as dimensões *percepção do excesso de peso próprio* ($p = 0,006$) e *percepção do excesso de peso dos filhos* ($p < 0,001$). Verificou-se a

existência de uma correlação negativa estatisticamente significativa na dimensão *pressão para comer* ($p = 0,002$).

Tabela 13- Relação entre as práticas alimentares parentais e o IMC das crianças participantes

Dimensão do CFQ	IMC da Criança	
	R	Valor-p
RESP - <i>Perceived responsibility</i>	- 0,034	0,757
PPW - <i>Parent perceived weight</i>	0,289	0,006
PCW - <i>Perceived child weight</i>	0,655	< 0,001
CN - <i>Parents' concerns about child weight</i>	0,186	0,082
RST - <i>Restriction</i>	0,077	0,477
PE - <i>Pressure to eat</i>	- 0,331	0,002
MN - <i>Monitoring</i>	0,162	0,131
Preocupação com o peso (RESP, PPW, PCW, CN)	0,214	0,248
Atitudes de controlo dos pais (RST, PE, MN)	- 0,069	0,525
CFQ Total	0,093	0,619

2. RESULTADOS DOS CASOS DE ARFID

No período de recolha de dados, foram encontradas cinco crianças com diagnóstico de ARFID, representando uma prevalência de 3,1%.

2.1. RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E ANTROPOMÉTRICOS

No que diz respeito aos resultados sociodemográficos, observou-se que a média das idades das crianças diagnosticadas com ARFID foi de 5,80 anos (DP = 2,168). Verificou-se que quatro das crianças diagnosticadas (80%) são do sexo masculino, sendo apenas uma (20%) do sexo feminino. Entre estas, uma criança manifestou

ARFID como consequência de um episódio prévio de engasgamento, outra devido a efeito secundário de medicação e, por fim, outra apresentava simultaneamente PEA.

Observou-se, adicionalmente, a presença de alterações na ingestão/alimentação (Critério A) em 4 crianças, contudo sem a presença dos critérios associados.

Relativamente às crianças com alterações na ingestão/alimentação (n=9), verificou-se que 55,6% são do sexo masculino, com uma média de idades de 6,25 anos (DP = 2,550).

2.2. RESULTADOS DAS QUESTÕES RELATIVAS À GESTAÇÃO E DADOS CLÍNICOS PARENTAIS

No que diz respeito ao momento da concepção das crianças com alteração da ingestão/alimentação (n=6), 100% das mães tinham idade inferior a 40 anos.

83,3% dos partos foram vaginais e verificou-se a existência de apenas 1 nascimento pré-termo, correspondendo a 16,7%. O aumento de peso das mães no decorrer da gestação, em média, foi de 15,3kg.

Quanto aos casos de ARFID (n=3), verificou-se apenas 1 caso de prematuridade e de parto de cesariana, e um aumento de peso das mães no decorrer da gestação, em média, de 14,3kg.

Os dados obtidos relativamente à gestação, períodos pré e pós-parto e patologias atuais da mãe e pai tanto das crianças com alteração da ingestão/alimentação como das crianças com diagnóstico de ARFID, encontram-se na Tabela [14](#).

No que se refere às crianças com alterações na ingestão e alimentação, verificou-se a existência de patologias maternas durante a gestação, incluindo um caso de

obesidade e um caso de pré-eclâmpsia, ambos correspondendo também a casos de ARFID. Adicionalmente, foram reportados dois casos de depressão pós-parto, um caso de *baby blues* pós-parto e um caso de problemas com a amamentação que resultou na sua desistência.

No que diz respeito às complicações no pós-parto associadas aos casos de ARFID, foi reportado um caso de depressão pós-parto. No momento da recolha de dados, foram relatados um caso de obesidade materna e um caso de hipertensão arterial paterna nos pais das crianças com ARFID.

Tabela 14 - Dados relativos à gestação, pré-parto, pós-parto e condição clínica atual dos pais/cuidadores das crianças com alteração da ingestão/alimentação e com diagnóstico de ARFID

	n	%
PRESENÇA DE ALTERAÇÃO NA INGESTÃO/ALIMENTAÇÃO (n=6)		
PAI antes da gestação		
Não	6	100,0
Sim	0	0,0
Complicações durante a gravidez		
Não	4	66,7
Sim	2	33,3
Obesidade	1	50,0
Outros	1	50,0
Medicação durante a gestação		
Não	3	60,0
Sim	2	40,0
Toma de Ácido Fólico durante a gestação		
Não	0	0,0
Sim	5	100,0
Início da toma de Ácido Fólico		
Antes da concepção	4	66,7
Após a concepção	2	33,3
Toma de Iodo durante a gestação		
Não	4	66,7

Sim	2	33,3
Toma de Ferro durante a gestação		
Não	2	33,3
Sim	4	66,7
Toma de cafeína durante a gestação		
Não	4	66,7
Sim	2	33,3
Prática de Exercício Físico durante a gestação		
Não	5	83,3
Sim	1	16,7
Complicações pós-parto		
Não	4	66,7
Sim	2	33,3
Problemas com a amamentação que tenham conduzido à desistência	1	25,0
Baby Blues pós-parto	1	25,0
Depressão pós-parto	2	50,0
Patologias Atuais Mãe		
Não	4	66,7
Sim	2	33,3
Obesidade	1	33,3
Depressão	2	66,7
Patologias Atuais Pai		
Não	4	66,7
Sim	2	33,3
Hipertensão Arterial	2	100,0
CASOS DE ARFID (n=3)		
PAI antes da gestação		
Não	3	100,0
Sim	0	0,0
Complicações durante a gravidez		
Não	1	33,3
Sim	2	66,7

Obesidade	1	50,0
Outros	1	50,0
Medicação durante a gestação		
Não	1	50,0
Sim	1	50,0
Toma de Ácido Fólico durante a gestação		
Não	0	0,0
Sim	2	100,0
Início da toma de Ácido Fólico		
Antes da concepção	3	100,0
Após a concepção	0	0,0
Toma de Iodo durante a gestação		
Não	1	33,3
Sim	2	66,7
Toma de Ferro durante a gestação		
Não	0	0,0
Sim	3	100,0
Toma de cafeína durante a gestação		
Não	2	66,7
Sim	1	33,3
Prática de Exercício Físico durante a gestação		
Não	2	0,0
Sim	1	100,0
Complicações pós-parto		
Não	2	66,7
Sim	1	33,3
Depressão pós-parto	1	100,0
Patologias Atuais Mãe		
Não	2	66,7
Sim	1	33,3
Obesidade	1	100,0
Patologias Atuais Pai		
Não	2	33,3

Sim	1	66,7
Hipertensão Arterial	1	100,0

2.3. RESULTADOS DAS QUESTÕES CLÍNICAS E ALIMENTARES DAS CRIANÇAS COM ALTERAÇÃO NA INGESTÃO/ALIMENTAÇÃO E COM ARFID

No que diz respeito às questões alimentares foi identificada uma aversão alimentar à couve-flor, tendo esta criança sido diagnosticada com ARFID. Uma mãe indicou que a sua criança “(...) não gosta de experimentar alimentos novos, que não conhece. Diz logo que não gosta, sem provar. E, mesmo os que já conhece, se não tiverem um aspeto que lhe agrade, não quer comer.”, revelando uma aversão geral tanto a alimentos desconhecidos como conhecidos.

Foi indicada a presença de PA e PHDA numa criança com ARFID, e Perturbação da Regulação do Processamento Sensorial numa criança com alteração na ingestão/alimentação. Contrariamente à indicação da pediatra, nenhuma mãe de criança com ARFID indicou a presença de PEA. Os dados clínicos e alimentares das crianças com alteração da ingestão/alimentação e com diagnóstico de ARFID encontram-se detalhados na Tabela 15.

Tabela 15 - Dados clínicos e alimentares das crianças com alteração da ingestão/alimentação e com diagnóstico de ARFID

	n	%
PRESENÇA DE ALTERAÇÃO NA INGESTÃO/ALIMENTAÇÃO (n=6)		
Aleitamento Materno		
Não	1	16,7
Sim	5	83,3
Fórmulas Infantis		
Não	2	33,3
Sim	4	66,7
Complicações na alimentação complementar		
Não	5	83,3

Sim	1	16,7
Criança com alergia/intolerância alimentar		
Não	5	83,3
Sim	1	16,7
Aversão alimentar		
Não	4	66,7
Sim	2	33,3
Patologia atual		
Não	4	66,7
Sim	2	33,3
PA	1	33,3
PHDA	1	33,3
Outro	1	33,3
CASOS DE ARFID (n=3)		
Aleitamento Materno		
Não	0	0,0
Sim	3	100,0
Fórmulas Infantis		
Não	0	0,0
Sim	3	100,0
Complicações na alimentação complementar		
Não	3	100,0
Sim	0	0,0
Criança com alergia/intolerância alimentar		
Não	3	100,0
Sim	0	0,0
Aversão alimentar		
Não	2	66,7
Sim	1	33,3
Patologia atual		
Não	2	66,7
Sim	1	33,3
PA	1	50,0
PHDA	1	50,0

2.4. RESULTADOS QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA

O comportamento alimentar das crianças com alteração da ingestão/alimentação, foi analisado através do CEBQ, sendo a média das

classificações finais de 2,600 pontos (DP = 0,309). A pontuação mínima foi de 2,23 pontos e a máxima foi de 2,94 pontos. Os valores máximos e mínimos, a média, desvio padrão e mediana para cada dimensão, encontra-se na Tabela 16 (n=6).

Os valores médios mais elevados observaram-se nas dimensões *Fussiness* e *Satiety responsiveness*, enquanto os mais baixos encontraram-se nas dimensões *Emotional overeating* e *Food responsiveness*.

O comportamento de “*atração pela comida*” que inclui: EF, FR, EOE e DD, apresentou o mínimo de 1,60 e máximo de 2,35, média de 1,888 (DP = 0,306).

Quanto ao “*evitamento da comida*”, nomeadamente SR, SE, FF e EUE, apresentaram mínimo de 2,51 e máximo de 4,06, média de 3,169 (DP = 0,584).

Verificou-se uma média superior nas dimensões relativas ao *evitamento da comida*.

Tabela 16 - Estatística Descritiva relativa ao Questionário do Comportamento Alimentar da Criança, em crianças com alteração da ingestão/alimentação (n=6)

Dimensão do CEBQ	Comportamento Alimentar da Criança		
	Min-Máx	Média ± Desvio Padrão	Mediana (Q1-Q3)
EF - <i>Enjoyment of food</i>	1,50-3,75	2,417±0,847	2,250 (1,688-3,188)
FR - <i>Food responsiveness</i>	1,00-3,00	1,800±0,669	1,600 (1,450-2,250)
SR - <i>Satiety responsiveness</i>	2,75-4,00	3,292±0,534	3,250 (2,750-3,813)
SE - <i>Slowness in eating</i>	2,20-4,40	3,133±0,826	3,100 (2,350-3,800)
FF - <i>Fussiness</i>	2,33-4,33	3,500±0,760	3,583 (2,833-4,208)
EOE - <i>Emotional overeating</i>	1,00-2,00	1,500±0,387	1,500 (1,188-1,813)
EUE - <i>Emotional undereating</i>	2,00-3,50	2,750±0,689	2,750 (2,000-3,500)
DD - <i>Desire to drink</i>	1,00-2,67	1,833±0,624	1,833 (1,250-2,417)
Atração pela comida (EF, FR, EOE, DD)	1,60-2,35	1,888±0,306	1,763 (1,654-2,217)

Evitamento da comida (SR, SE, FF, EUE)	2,51-4,06	3,169±0,584	3,119 (2,624-3,674)
CEBQ Total	2,23-2,94	2,600±0,309	2,600 (2,293-2,921)

De modo a comparar o comportamento alimentar das crianças com alteração da ingestão/alimentação e as crianças sem alterações, foram realizados os Teste U de Mann-Whitney e Teste T de Student (Tabela 17).

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão *prazer em comer*, revelando que crianças sem alteração na ingestão/alimentação apresentam maiores níveis de prazer em comer ($p = 0,033$) comparativamente às crianças com alterações.

Tabela 17 - Diferenças no comportamento alimentar entre crianças com alteração na alimentação/ingestão ($n=6$) e crianças sem alteração ($n=88$)

Dimensão do CEBQ	Alteração da ingestão/alimentação	Média ± Desvio Padrão	Mediana (Q1-Q3)	Valor-p
EF - <i>Enjoyment of food</i>	Sem alteração	3,153 ± 0,665	3,250 (2,750-3,750)	0,033 [#]
	Com alteração	2,417 ± 0,847	2,250 (1,688-3,188)	
FR - <i>Food responsiveness</i>	Sem alteração	2,184 ± 0,682	2,000 (1,650-2,400)	0,123 [#]
	Com alteração	1,800 ± 0,669	1,600 (1,450-2,250)	
SR - <i>Satiety responsiveness</i>	Sem alteração	2,832 ± 0,775	2,750 (2,250-3,500)	0,124
	Com alteração	3,292 ± 0,534	2,750 (2,250-3,500)	
SE - <i>Slowness in eating</i>	Sem alteração	2,602 ± 0,686	2,500 (2,000-3,000)	0,120 [#]
	Com alteração	3,133 ± 0,826	3,100 (2,350-3,800)	
FF - <i>Fussiness</i>	Sem alteração	2,849 ± 0,825	2,833 (2,042-3,500)	0,056 [#]
	Com alteração	3,500 ± 0,760	3,583 (2,833-4,208)	
EOE - <i>Emotional overeating</i>	Sem alteração	1,688 ± 0,505	1,750 (1,250-2,000)	0,353 [#]
	Com alteração	1,500 ± 0,387	1,500 (1,188-1,813)	

EUE - <i>Emotional undereating</i>	Sem alteração	2,702 ± 0,811	2,625 (2,250-3,188)	0,827 [#]
	Com alteração	2,750 ± 0,689	2,750 (2,000-3,500)	
DD - <i>Desire to drink</i>	Sem alteração	2,083 ± 0,552	2,000 (1,667-2,333)	0,368 [#]
	Com alteração	1,833 ± 0,624	1,833 (1,250-2,417)	
CEBQ Total	Sem alteração	2,536 ± 0,305	2,571 (2,293-2,764)	0,623 [£]
	Com alteração	2,600 ± 0,309	2,600 (2,293-2,921)	

- Teste U de Mann-Whitney; £ - Teste T de Student

No que diz respeito ao comportamento alimentar das crianças com diagnóstico de ARFID (n=3), verificou-se que a média das classificações finais do CEBQ foi de 2,638 (DP = 0,368), com os valores mínimo e máximo de 2,23 e 2,94, respetivamente. A Tabela 18 apresenta os valores máximos e mínimos, a média, desvio padrão e mediana para cada dimensão.

Os valores médios mais elevados observaram-se nas dimensões *Fussiness* e *Satiety responsiveness*, enquanto os mais baixos encontraram-se nas dimensões *Emotional overeating* e *Desire to drink*.

O comportamento de “*atração pela comida*” que inclui: EF, FR, EOE e DD, apresentou mínimo de 1,67 e o máximo de 2,35, média de 1,954 (DP = 0,356). Quanto ao “*evitamento da comida*”, nomeadamente SR, SE, FF e EUE, apresentaram mínimo de 2,66 e máximo de 3,55, média de 3,172 (DP = 0,457), sendo esta superior às dimensões incluídas na *atração pela comida*.

Tabela 18 - Estatística Descritiva relativa ao Questionário do Comportamento Alimentar da Criança, em crianças com diagnóstico de ARFID (n=3)

Dimensão do CEBQ	Comportamento Alimentar da Criança		
	Min-Máx	Média ± Desvio Padrão	Mediana (Q1-Q3)
EF - <i>Enjoyment of food</i>	2,00-3,00	2,500±0,500	2,500 (2,000-)

FR - <i>Food responsiveness</i>	1,60-3,00	2,067±0,808	1,600 (1,600-)
SR - <i>Satiety responsiveness</i>	2,75-3,75	3,167±0,520	3,000 (2,750-)
SE - <i>Slowness in eating</i>	2,40-3,60	3,122±0,643	3,400 (2,400-)
FF - <i>Fussiness</i>	3,00-3,83	3,389±0,419	3,333 (3,000-)
EOE - <i>Emotional overeating</i>	1,25-1,75	1,583±0,289	1,750 (1,250-)
EUE - <i>Emotional undereating</i>	2,50-3,50	3,000±0,500	3,000 (2,500-)
DD - <i>Desire to drink</i>	1,33-2,00	1,666±0,333	1,667 (1,333-)
Atração pela comida (EF, FR, EOE, DD)	1,67-2,35	0,356±1,67	1,838 (1,671-)
Evitamento da comida (SR, SE, FF, EUE)	2,66-3,55	3,172±0,457	3,308 (2,663-)
CEBQ Total	2,23-2,94	2,638±0,368	2,743 (2,229-)

Devido ao baixo número de respostas completas relativas a crianças com diagnóstico de ARFID, não foi possível estabelecer relações com o sexo, a idade ou o IMC.

2.5. RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO ALIMENTAR PARA CRIANÇAS

A análise descritiva das escalas constituintes do CFQ para as crianças com alteração da ingestão/alimentação (n=6), nomeadamente os valores máximos e mínimos, a média, desvio padrão e mediana para cada dimensão, encontra-se na Tabela [19](#).

Calculou-se a média das classificações finais do CFQ, tendo-se obtido uma média de 3,150 pontos (DP = 0,357). A pontuação média mínima foi de 2,67 pontos e a máxima foi de 3,47 pontos.

Os valores médios mais elevados observaram-se nas dimensões *Perceived responsibility* e *Monitoring*, enquanto os mais baixos encontraram-se nas dimensões *Parents' concerns about child weight* e *Pressure to eat*.

O “risco e preocupação com o peso”, que inclui: RESP, PPW, PCW e CN, apresentou o mínimo de 3,06 e máximo de 3,39, média de 3,252 (DP = 0,156).

Quanto às “atitudes de controlo dos pais”, designadamente RST, PE e MN, apresentaram mínimo de 2,61 e máximo de 4,04, média de 3,252 (DP = 0,596).

Tabela 19 - Análise Descritiva relativa ao CFQ das crianças com alteração da ingestão/alimentação (n=6)

Dimensão do CFQ	Controlo Parental na Alimentação das Crianças		
	Min-Máx	Média ± Desvio Padrão	Mediana (Q1-Q3)
RESP - <i>Perceived responsibility</i>	3,67-5,00	4,611±0,612	5,000 (3,917-5,000)
PPW - <i>Parent perceived weight</i>	2,50-3,75	3,167±0,438	3,125 (2,875-3,563)
PCW - <i>Perceived child weight</i>	2,40-3,00	2,800±0,283	2,900 (2,500-3,000)
CN - <i>Parents' concerns about child weight</i>	1,00-3,67	2,056±1,200	1,833 (1,000-3,167)
RST - <i>Restriction</i>	1,38-3,63	3,021±0,819	3,250 (2,781-3,438)
PE - <i>Pressure to eat</i>	1,25-4,75	2,792±1,478	2,625 (1,438-4,188)
MN - <i>Monitoring</i>	3,33-5,00	3,944±0,612	4,000 (3,333-4,250)
Preocupação com o peso (RESP, PPW, PCW, CN)	3,06-3,39	3,252±0,156	3,277 (3,094-3,385)
Atitudes de controlo dos pais (RST, PE, MN)	2,61-4,04	3,252±0,596	3,264 (2,622-3,792)
CFQ Total	2,67-3,47	3,150±0,357	3,233 (2,775-3,442)

De modo a comparar as práticas alimentares parentais com a existência (n=6) ou ausência (n=88) de alteração da ingestão/alimentação, foram realizados os Teste U de Mann-Whitney e Teste T de Student, não tendo sido observadas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões analisadas (Tabela 20).

Tabela 20 - Diferenças nas práticas alimentares parentais entre crianças com alteração (n=6) na alimentação/ingestão e crianças sem alteração (n=88)

Dimensão do CFQ	Alteração da ingestão/alimentação	Média $\pm$ Desvio Padrão	Mediana (Q1-Q3)	Valor-p
RESP - <i>Perceived responsibility</i>	Sem alteração	4,186 $\pm$ 0,713	4,000 (4,000-4,667)	0,143 [#]
	Com alteração	4,611 $\pm$ 0,612	5,000 (3,917-5,000)	
PPW - <i>Parent perceived weight</i>	Sem alteração	3,051 $\pm$ 0,407	3,000 (3,000-3,250)	0,414 [#]
	Com alteração	3,167 $\pm$ 0,438	3,125 (2,875-3,563)	
PCW - <i>Perceived child weight</i>	Sem alteração	2,919 $\pm$ 0,243	3,000 (3,000-3,000)	0,292 [#]
	Com alteração	2,800 $\pm$ 0,283	2,900 (2,500-3,000)	
CN - <i>Parents' concerns about child weight</i>	Sem alteração	2,424 $\pm$ 1,194	2,333 (1,083-3,333)	0,411 [#]
	Com alteração	2,056 $\pm$ 1,200	1,833 (1,000-3,167)	
RST - <i>Restriction</i>	Sem alteração	3,206 $\pm$ 0,703	3,250 (3,000-3,750)	0,687 [#]
	Com alteração	3,021 $\pm$ 0,819	3,250 (2,781-3,438)	
PE - <i>Pressure to eat</i>	Sem alteração	2,847 $\pm$ 0,855	2,750 (2,063-3,500)	0,932 [£]
	Com alteração	2,792 $\pm$ 1,478	2,625 (1,438-4,188)	
MN - <i>Monitoring</i>	Sem alteração	4,201 $\pm$ 0,916	4,333 (3,667-5,000)	0,297 [#]
	Com alteração	3,944 $\pm$ 0,612	4,000 (3,333-4,250)	
CFQ Total	Sem alteração	3,130 $\pm$ 0,407	3,183 (2,933-3,425)	0,981 [#]
	Com alteração	3,150 $\pm$ 0,357	3,233 (2,775-3,442)	

- Teste U de Mann-Whitney; £ - Teste T de Student

A análise descritiva das escalas que constituem o CFQ, para as crianças com diagnóstico de ARFID (n=3), nomeadamente os valores máximos e mínimos, a média, desvio padrão e mediana para cada dimensão, encontra-se na Tabela 21. Calculou-se a média das classificações finais do CFQ, tendo-se obtido uma média de 3,367 pontos. A pontuação média mínima e a máxima foram de 3,37 pontos.

Os valores médios mais elevados observaram-se nas dimensões *Perceived responsibility* e *Monitoring*, enquanto os mais baixos encontraram-se nas dimensões *Parents' concerns about child weight* e *Perceived child weight*.

O “risco e preocupação com o peso”, que inclui: RESP, PPW, PCW e CN, apresentou o mínimo e máximo de 3,37, média de 3,67.

Quanto às “atitudes de controlo dos pais”, designadamente RST, PE e MN, apresentaram mínimo de 2,61 e máximo de 3,71, com média de 3,282 (DP =0,588).

Tabela 21- Análise Descritiva relativa ao CFQ das crianças com diagnóstico de ARFID (n=3)

Dimensão do CFQ	Controlo Parental na Alimentação das Crianças		
	Min-Máx	Média ± Desvio Padrão	Mediana (Q1-Q3)
RESP - <i>Perceived responsibility</i>	3,67-5,00	4,222±0,694	4,000 (3,667-)
PPW - <i>Parent perceived weight</i>	3,00-3,50	3,167±0,389	3,000 (3,000-)
PCW - <i>Perceived child weight</i>	2,80-2,80	2,800	2,800 (2,800-2,800)
CN - <i>Parents' concerns about child weight</i>	1,00-3,00	2,222±1,072	2,667 (1,000-)
RST - <i>Restriction</i>	3,25-3,63	3,375±0,217	3,250 (3,250-)
PE - <i>Pressure to eat</i>	1,25-4,00	2,917±1,465	3,500 (1,250-)
MN - <i>Monitoring</i>	3,33-4,00	3,556±0,385	3,333 (3,333-)
Preocupação com o peso (RESP, PPW, PCW, CN)	3-37-3,37	3,367	3,367 (3,367-3,367)
Atitudes de controlo dos pais (RST, PE, MN)	2,61-3,71	3,282±0,588	3,528 (2,611-)
CFQ Total	3,37-3,37	3,367	3,367 (3,367-3,367)

Devido ao baixo número de questionários completados relativos a crianças com diagnóstico de ARFID, não foi possível estabelecer relações com o sexo, a idade ou o IMC.

DISCUSSÃO

Este estudo aferiu uma prevalência de ARFID de 3,1% em crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 10 anos. A recolha de dados foi realizada na clínica CAIPeD, onde foram realizadas 163 avaliações em consulta. De um total de 163 consentimentos informados, apenas 94 (57,7%) responderam ao questionário, revelando uma fraca adesão ao estudo, o que torna a amostra não representativa da realidade. Assim, reforça-se a necessidade de replicação do estudo em mais contextos clínicos, de modo a ser possível retirar conclusões mais abrangentes dos dados recolhidos.

A pertinência do estudo em crianças dos 2 aos 10 anos deve-se ao facto de, após os 2 anos, as crianças iniciarem a sua alimentação de forma independente, sendo esta uma fase em que pode ocorrer o desenvolvimento de PAI.⁽²⁷⁾

CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E ANTROPOMÉTRICA DA AMOSTRA

No que diz respeito às características antropométricas da amostra, verificou-se que 95,5% das crianças participantes apresentavam peso adequado. Esta percentagem poderá estar relacionada com vários fatores, nomeadamente as habilitações literárias dos pais, dado que a maioria (85,2%) concluiu o ensino superior, ou com o rendimento líquido mensal do agregado familiar, considerando que a maioria (88,2%) apresenta rendimentos superiores a 1500€. O impacto do estatuto socioeconómico e das habilitações literárias dos pais tem sido amplamente estudado, sabendo-se que pais com níveis mais elevados de educação tendem a ter maior conhecimento sobre nutrição e práticas alimentares saudáveis, contribuindo para um melhor controlo do peso dos seus filhos e da sua saúde.⁽⁶²⁾ Além disso, pais com um estatuto socioeconómico mais elevado parecem

ter maior probabilidade de consumir alimentos como frutas e hortícolas, contrariamente a famílias mais desfavorecidas, que parecem optar por alimentos com maior densidade energética.⁽⁶³⁾ Famílias com rendimentos e habilitações literárias mais elevadas podem estar mais dispostas e capacitadas financeiramente para investir em alimentos de maior qualidade, promovendo hábitos alimentares mais saudáveis nas crianças.

COMPORTAMENTO ALIMENTAR DAS CRIANÇAS DA AMOSTRA

No que respeita ao comportamento alimentar das crianças incluídas no estudo, observaram-se valores médios mais elevados nas dimensões EF e FF, enquanto os mais baixos encontraram-se nas dimensões EOE e DD.

Enjoyment of food, prazer em comer, associa-se a um maior interesse pelos alimentos e visa compreender as variações normais no apetite de um modo geral, sendo comum em crianças menos neofóbicas e com uma maior autonomia face à alimentação.^(56, 58) O prazer em comer correlacionou-se de forma estatisticamente significativa ao IMC das crianças ($p = 0,009$). Estes dados vão ao encontro dos resultados obtidos por Carnell *et al.*⁽⁶⁴⁾, que observaram que crianças entre os 4 e 5 anos com maiores níveis de prazer em comer apresentavam uma maior ingestão total de alimentos.

É importante destacar que os valores relacionados com o DD encontraram-se entre os mais baixos. Esta dimensão está associada ao consumo de bebidas açucaradas e a um IMC mais elevado,⁽⁵⁶⁾ o que não se verifica nas crianças participantes.

Quanto ao sexo das crianças observaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão *slowness in eating* ($p < 0,001$), sendo esta superior nas crianças do sexo feminino comparativamente às crianças do sexo masculino e

ainda, diferenças estatisticamente significativas nas classificações finais do CEBQ. No entanto, alguns estudos apresentam resultados divergentes. O estudo de Leuba *et al.*⁽⁶⁵⁾ verificou que nem a idade nem o sexo da criança tiveram qualquer influência no comportamento alimentar. No mesmo sentido, o estudo de Al-Hamad *et al.*,⁽⁶⁶⁾ observou que o comportamento alimentar não diferiu consoante o sexo da criança, exceto na dimensão *food responsiveness*, onde crianças do sexo masculino obtiveram pontuações mais elevadas que crianças do sexo feminino. Por outro lado, o estudo de Sanlier *et al.*,⁽⁶⁷⁾ identificou valores mais elevados na dimensão DD em crianças do sexo masculino.

Em relação à idade, o presente estudo identificou diferenças estatisticamente significativas na dimensão *prazer em comer*, sendo que as crianças com idades entre 2 e 3 anos apresentaram valores superiores em comparação com as crianças com mais de 6 anos ($p = 0,045$). O estudo de Svensson *et al.*,⁽⁶¹⁾ encontrou a mesma associação entre a idade e o *prazer em comer*, sendo que este diminuiu de forma estatisticamente significativa com o avançar da idade ($p = 0.03$). No entanto, ao contrário do presente estudo, Svensson *et al.*,⁽⁶¹⁾ verificou que a EOE e a FR diminuíram com a idade.

Na infância, o desenvolvimento de comportamentos inadequados relativamente à alimentação pode aumentar o risco de PAI, prejudicando a saúde mental e física a longo prazo. É fundamental monitorizar os hábitos alimentares desde cedo, dado que estes problemas podem ter início na infância.⁽²⁷⁾ Promover comportamentos alimentares saudáveis e adequados desde uma idade precoce é essencial para prevenir complicações futuras.

ATITUDES E PRÁTICAS ALIMENTARES PARENTAIS DAS CRIANÇAS DA AMOSTRA

Os pais tendem a controlar o que, quanto e quando os seus filhos comem. Esta influência reflete-se tanto na composição do prato quanto no contexto em que a comida é oferecida à criança.⁽¹⁷⁾

O presente estudo encontrou valores médios mais elevados nas dimensões do CFQ de RESP e MN. À semelhança do estudo de validação para a língua portuguesa do questionário CFQ, por Viana *et al.*, estas dimensões não se associaram ao IMC das crianças. Observaram-se valores médios mais baixos nas dimensões CN e PE, dimensões que estão inversamente relacionadas ao IMC das crianças.^(59, 60)

No que concerne ao sexo das crianças, observaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão CN ($p = 0,004$), sendo esta superior em crianças do sexo feminino, contudo, não foram identificadas diferenças entre sexos na pontuação total do questionário. Alguns estudos procuraram analisar se as atitudes e práticas alimentares parentais diferiam consoante o sexo da criança, no entanto não identificaram diferenças significativas.⁽⁶⁸⁻⁷⁰⁾

As práticas parentais parecem ser influenciadas por fatores como o IMC da criança. O presente estudo encontrou correlações positivas estatisticamente significativas entre o IMC das crianças e a PPW ($p = 0,006$) e a PCW ($p < 0,001$) e, uma correlação negativa estatisticamente significativa na dimensão PE ($p = 0,002$). Schmidt *et al.* corroboram estes resultados, na medida em que verificaram que valores mais altos na PCW se associou a um maior peso da criança, assim como observaram valores mais baixo de pressão para comer em crianças com excesso de peso em comparação com crianças com peso normal ($p < 0,001$).⁽⁷⁰⁾ Birch *et al.*⁽⁵⁹⁾ verificaram que a PPW, PCW e a CN estão positivamente relacionadas com o IMC da criança, embora esta última relação não se tenha verificado no presente estudo. A RST foi relacionada positivamente com o peso da criança, algo que se

verificou no presente estudo. A PE foi negativamente relacionada com o peso da criança no estudo de Birch et al., o que não foi observado no presente estudo. A restrição alimentar por parte dos pais associa-se a uma alimentação excessiva, especialmente em crianças em idade pré-escolar. Quando os pais restringem alimentos com maior densidade energética da dieta das crianças, para além de não promoverem a autorregulação da criança, podem estar a aumentar o desejo de consumo desses alimentos e levar ao seu aumento.⁽¹⁸⁾ Assim, é essencial que os pais compreendam o impacto que as suas práticas têm nos hábitos alimentares dos seus filhos.⁽³²⁾

CARATERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS COM ALTERAÇÃO NA INGESTÃO/ALIMENTAÇÃO E COM ARFID

O presente estudo determinou uma prevalência de ARFID de 3,1% (idade média de 5,8 anos) em crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 10 anos. Estes resultados são consistentes com os encontrados no estudo de Bertrand,⁽⁴²⁾ um dos utilizados para o cálculo do tamanho amostral, no qual dois pediatras avaliaram a prevalência de PAI em consultas gerais de pediatria em crianças entre os 0 e os 18 anos. No estudo, foi identificada uma prevalência de ARFID de 3,0%, com uma idade média de 4,8 anos.

A prevalência encontrada neste estudo, de 3,1%, está dentro do intervalo indicado por Bourne *et al.*,⁽⁷¹⁾ na sua revisão sistemática, que em populações clínicas com presença de perturbações alimentares encontrou uma prevalência de ARFID entre 1,5% e 64%.

Quanto ao sexo dos casos encontrados, estes são consistentes com a literatura existente, dado que 80% dos casos são do sexo masculino. A literatura relativa à

prevalência de ARFID entre sexos tem vindo a relatar uma predominância no sexo masculino.^(38, 71) Dadas as diferenças etárias das populações estudadas em diversos estudos, torna-se difícil fazer comparações ou estabelecer uma idade na qual o ARFID seja mais prevalente. No entanto, as revisões sistemáticas indicam que ARFID tende a estar presente em crianças mais novas, em comparação com outras PAI, como a AN ou BN.^(38, 71) Os casos de ARFID encontrados no presente estudo tinham uma média de idades de 5,80 anos (DP = 2,168). Embora não seja possível comparar com a média de idades de outras crianças com PAI acompanhadas na clínica, sabe-se que PAI como a AN e BN estão mais presentes em crianças mais velhas e adolescentes,⁽²⁵⁾ o que sugere que a idade das crianças diagnosticadas com ARFID neste estudo poderá ser inferior à idade de crianças com outras PAI. Crianças com ARFID apresentam frequentemente perturbações do neurodesenvolvimento, sendo comum a presença de PA e PEA.⁽³⁸⁾ Dos casos de ARFID foram reportadas a presença de PA (n=1), PHDA (n=1) por parte das mães, e a presença de PEA por parte de uma pediatra. Os estudos de Nicely *et al.* e Fisher *et al.*,^(39, 41) utilizados no cálculo do tamanho amostral, relatam uma maior prevalência de comorbilidades em crianças com ARFID, em particular a presença de PA de 19,4% e 72%, respetivamente, pelo que deverá ser dada uma atenção especial a esta condição. Também PHDA e PEA parecem associar-se a ARFID. Nicely *et al.*⁽⁴¹⁾ identificaram 13% de casos de ARFID com presença de PEA e 4% de PHDA. Sanchez-Cerejo *et al.*⁽³⁸⁾ indicam que a prevalência de PEA em crianças com ARFID poderá variar entre 8,2% e 54,75%, possivelmente devido à elevada sensibilidade sensorial. Esta maior sensibilidade sensorial poderá resultar na aversão a determinados alimentos.

Relativamente à alimentação dos casos diagnosticados com ARFID, foi reportada uma aversão à couve-flor, encontrando-se em consonância com a literatura, que frequentemente relata aversão a hortícolas, eventualmente devido ao sabor, textura ou cheiro específico.⁽³⁴⁾ Embora não tenham sido relatados casos extremos de aversão alimentar, por exemplo a grupos alimentares completos, é fundamental monitorizar a alimentação destas crianças de modo a prevenir eventuais défices nutricionais.

COMPORTAMENTO ALIMENTAR DAS CRIANÇAS COM ALTERAÇÃO NA INGESTÃO/ALIMENTAÇÃO E COM ARFID

Este estudo pretende analisar a relação entre o comportamento alimentar e o diagnóstico de ARFID. Apesar de terem sido preenchidos poucos questionários, e ainda que não tenha sido possível realizar análises mais concretas aos casos diagnosticados com ARFID, estes resultados já permitem retirar algumas conclusões.

Relativamente ao comportamento alimentar em crianças com alterações na ingestão/alimentação, observaram-se valores médios mais elevados nas dimensões FF e SR, que refletem uma maior sensibilidade às pistas internas de saciedade e falta de prazer e de interesse pelos alimentos.⁽⁵⁸⁾ Em contrapartida, foram encontrados valores mais baixos na dimensão FR, que, quanto mais elevados os valores, maior o interesse pelos alimentos.^(56, 58) Este resultado sugere que as crianças avaliadas, possivelmente devido à sua maior neofobia alimentar e menor autonomia face à alimentação, apresentaram comportamentos menos evidentes em relação ao interesse pelos alimentos. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Kinter *et al.*⁽⁷²⁾ que teve como um dos objetivos perceber a relação

entre o diagnóstico de ARFID e PEA com o comportamento alimentar, em 111 crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 10 anos. Verificaram que em crianças com diagnóstico de ARFID e PEA, os valores para a FR foram significativamente mais baixos comparativamente a crianças sem ARFID ($p < 0,001$). Adicionalmente, encontraram níveis de SR significativamente superiores em crianças com diagnóstico de ARFID, comparativamente às restantes.

Também neste sentido, o estudo de Dovey *et al.* verificou que crianças com ARFID e PEA tinham valores mais elevados na dimensão FF do CEBQ, comparativamente a crianças com um desenvolvimento típico ($p < 0,001$). Verificaram também que crianças com ARFID apresentavam valores significativamente inferiores a crianças com desenvolvimento típico ($p < 0,001$) e a crianças com PEA ($p = 0,02$) na dimensão FR.⁽⁷³⁾

A capacidade de resposta à comida poderá ser um indicador útil na avaliação do risco de ARFID, em particular quando os seus valores se encontram no extremo inferior da escala.

Adicionalmente, comparou-se o comportamento alimentar das crianças com alteração na ingestão/alimentação com crianças sem alteração. Verificou-se que crianças sem alteração na ingestão/alimentação apresentam maiores níveis de *prazer em comer* ($p = 0,033$) comparativamente às crianças com alterações. Esta dimensão abrange aspetos como o interesse pelos alimentos e o apetite da criança.^(56, 57) No estudo de Kinter *et al.*⁽⁷²⁾ foram observados valores inferiores no que concerne ao *prazer em comer* nas crianças com ARFID e PEA, comparativamente a crianças sem ARFID. Estes resultados demonstram a importância de considerar o prazer em comer na avaliação do comportamento alimentar. Consideram-se, contudo, necessários mais estudos que explorem a

relação entre o diagnóstico de ARFID e o as consequências no comportamento alimentar destas crianças.

ATITUDES E PRÁTICAS ALIMENTARES PARENTAIS DAS CRIANÇAS COM ALTERAÇÃO NA INGESTÃO/ALIMENTAÇÃO E COM ARFID

Os pais/cuidadores decidem o que, quando e quanto alimento é oferecido à criança nas refeições, mas é a criança que escolhe o quanto come. Esta dinâmica pode conduzir a práticas parentais alimentares inadequadas, muitas vezes decorrentes da ansiedade dos pais em relação à saúde e ao bem-estar de seus filhos.⁽¹⁷⁾

A literatura relativamente à neofobia alimentar tem vindo a indicar que as práticas alimentares dos pais podem ter um papel significativo, uma vez que atitudes neofóbicas por parte das mães estão associadas a níveis mais elevados de neofobia alimentar nos filhos. Quando os pais enfrentam dificuldades na alimentação dos seus filhos, tendem a recorrer a estratégias consideradas por eles eficazes para resolver o problema. No entanto, algumas dessas práticas podem ser particularmente ineficazes e contraproducentes, como por exemplo, distrair a criança com desenhos animados ou brinquedos durante as refeições.^(52, 74)

Considerando a influência parental na alimentação das crianças, nomeadamente ao nível das suas atitudes e práticas, analisou-se através do CFQ as práticas alimentares parentais das crianças com alteração na ingestão/alimentação e crianças com diagnóstico de ARFID.

Observou-se que crianças com alteração na ingestão/alimentação apresentaram valores mais elevados nas dimensões de RESP e MN, enquanto os mais baixos encontraram-se nas dimensões CN e PE. Em crianças com ARFID, os valores médios

mais elevados foram nas dimensões RESP e MN, e os mais baixos nas dimensões CN e PCW. Nota-se uma diferença na *pressão para comer*, que é mais elevada em crianças com ARFID. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Kozak *et al.*,⁽⁵³⁾ onde verificaram que a crianças com presença de PEA e ARFID apresentaram pontuações significativamente mais altas no que diz respeito às práticas alimentares, comparativamente a uma amostra não clínica, em particular na dimensão *pressure to eat*. Contudo, os nossos resultados indicaram que, ao comparar as práticas alimentares parentais entre crianças com e sem alteração na ingestão/alimentação, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões avaliadas pelo CFQ.

A importância de considerar as práticas parentais em crianças com ARFID é destacada por diversos estudos que evidenciam o modo como estas podem influenciar significativamente os comportamentos alimentares das crianças^(53, 59) No entanto, sendo este um estudo transversal, não é possível retirar conclusões causais relativamente à relação entre as práticas alimentares parentais e o comportamento alimentar de crianças com ARFID. Além disso, o número reduzido de questionários preenchidos por pais de crianças com diagnóstico de ARFID limitou a capacidade de estabelecer relações entre o diagnóstico, as práticas alimentares parentais e variáveis como o sexo, a idade ou o IMC das crianças, pelo que são necessários estudos de maior dimensão que explorem estas relações.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo apresenta algumas limitações que podem ter influenciado os resultados obtidos.

Uma das principais limitações deste estudo é o uso de uma amostra de conveniência. A seleção das crianças participantes foi baseada na disponibilidade e acessibilidade às mesmas, o que limita a representatividade da população geral. Dado que a amostra pode não ser suficientemente diversificada em termos de características sociodemográficas e clínicas, pode influenciar os resultados. Para futuras investigações, seria benéfico utilizar uma amostra aleatória e mais ampla para garantir a representatividade nos resultados.

O facto de se tratar de um estudo transversal limita os resultados dado que apresenta a prevalência e características dos participantes num determinado momento no tempo, não permitindo estabelecer relações de causalidade nem acompanhar o seu desenvolvimento ao longo do tempo. Estudos longitudinais permitiriam compreender a progressão e os fatores de risco associados ao ARFID. Embora o estudo tenha envolvido pediatras na identificação dos casos de ARFID, a inclusão de outras especialidades, como a pedopsiquiatria e a psicologia, poderia ter enriquecido as avaliações, o que possivelmente conduziria à identificação de mais casos de ARFID.

Com a alteração dos critérios de diagnóstico do DSM-5 para o DSM-5-TR, a prevalência indicada nos estudos utilizados como referência possivelmente sofreria alterações, representando também uma limitação.

TRABALHO FUTURO

Num trabalho futuro, considera-se pertinente ponderar o desenvolvimento de estudos longitudinais, com o objetivo de estudar fatores de risco ao desenvolvimento de ARFID, assim como estudar a sua progressão. Além disso, seria

interessante abranger um maior número de crianças num contexto mais amplo, de modo a aferir a prevalência desta perturbação numa população mais diversificada.

CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivo aferir a prevalência e caracterizar crianças com ARFID entre os 2 e os 10 anos, numa clínica privada no concelho de Leiria. Os resultados indicam uma prevalência de ARFID de 3,1%, com uma predominância de casos em crianças do sexo masculino e de idade precoce, encontrando-se em concordância com a literatura existente. Observou-se que duas crianças apresentavam perda de peso significativa, duas crianças apresentavam interferência marcada no funcionamento psicossocial, e uma criança do sexo masculino apresentava ambos os critérios. Uma criança manifestou ARFID após um episódio de engasgamento, outra devido a efeito secundário de medicação. Verificou-se a presença simultânea de ARFID com perturbações como PEA, PA E PHDA, o que poderá resultar numa maior aversão a determinados alimentos e, por conseguinte, mais dificuldade na alimentação, o que pode levar a défices nutricionais que afetam o desenvolvimento da criança. Foram identificadas quatro crianças com alterações na ingestão/alimentação que não preencheram os critérios de ARFID, mas que apresentaram um comportamento alimentar semelhante a crianças com ARFID, com níveis de seletividade igualmente elevados. Revela-se fundamental estudar o comportamento alimentar destas crianças de modo a prevenir o desenvolvimento de PAI no futuro. Quanto às práticas alimentares parentais, são necessários mais estudos que explorem o seu impacto no diagnóstico de ARFID.

Este trabalho vem destacar a importância de estudar, em diferentes contextos, crianças e adolescentes com ARFID, visto que as suas características são distintas de outras PAI. Deste modo, crianças com esta perturbação poderão ser identificadas de forma mais específica e precisa.

Os resultados deste estudo apoiam a importância de aumentar a sensibilização sobre esta perturbação, promover a melhoria dos meios de diagnóstico e de desenvolver intervenções eficazes. Considerando que ARFID não é uma perturbação exclusiva da infância, mas que pode persistir na idade adulta, sensibilizar os profissionais de saúde e pais é fundamental para promover um diagnóstico precoce, intervenções adequadas, a saúde e desenvolvimento adequado destas crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. . In: *Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals*. Geneva; 2009.
2. Martorell R. Improved nutrition in the first 1000 days and adult human capital and health. *Am J Hum Biol*. 2017; 29(2)
3. Corkins MR, Daniels SR, de Ferranti SD, Golden NH, Kim JH, Magge SN, Schwarzenberg SJ. Nutrition in Children and Adolescents. *Med Clin North Am*. 2016; 100(6):1217-35.
4. Cusick S, Georgieff MK. The first 1,000 days of life: The brain's window of opportunity. 2013. Disponível em: <https://www.unicef-irc.org/article/958-the-first-1000-days-of-life-the-brains-window-of-opportunity.html>.
5. Moreno-Fernandez J, Ochoa JJ, Lopez-Frias M, Diaz-Castro J. Impact of Early Nutrition, Physical Activity and Sleep on the Fetal Programming of Disease in the Pregnancy: A Narrative Review. *Nutrients*. 2020; 12(12)
6. De Cosmi VS, Silvia; Agostoni, Carlo. Early Taste Experiences and Later Food Choices. *Nutrients*. 2017; 9(2)
7. Alles MS, Eussen SR, van der Beek EM. Nutritional challenges and opportunities during the weaning period and in young childhood. *Ann Nutr Metab*. 2014; 64(3-4):284-93.
8. Beauchamp GK, Mennella JA. Early flavor learning and its impact on later feeding behavior. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009; 48 Suppl 1:S25-30.
9. Spahn JM, Callahan EH, Spill MK, Wong YP, Benjamin-Neelon SE, Birch L, et al. Influence of maternal diet on flavor transfer to amniotic fluid and breast milk and children's responses: a systematic review. *Am J Clin Nutr*. 2019; 109(Suppl_7):1003S-26S.
10. Robinson S, Fall C. Infant nutrition and later health: a review of current evidence. *Nutrients*. 2012; 4(8):859-74.
11. Organization WH. The optimal duration of exclusive breastfeeding: Report of an expert consultation. 2001.
12. Birch LL, Fisher JO. Development of Eating Behaviors Among Children and Adolescents. *Pediatrics*. 1998; 101(Supplement_2):539-49.
13. Falciglia GA, Couch SC, Gribble LS, Pabst SM, Frank R. Food neophobia in childhood affects dietary variety. *J Am Diet Assoc*. 2000; 100(12):1474-81.
14. Dovey TM, Staples PA, Gibson EL, Halford JC. Food neophobia and 'picky/fussy' eating in children: a review. *Appetite*. 2008; 50(2-3):181-93.
15. 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.
16. Singer MR, Moore LL, Garrahe EJ, Ellison RC. The tracking of nutrient intake in young children: the Framingham Children's Study. *Am J Public Health*. 1995; 85(12):1673-7.
17. Mitchell GL, Farrow C, Haycraft E, Meyer C. Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite*. 2013; 60(1):85-94.
18. Scaglioni S, De Cosmi V, Ciappolino V, Parazzini F, Brambilla P, Agostoni C. Factors Influencing Children's Eating Behaviours. *Nutrients*. 2018; 10(6)
19. ASSOCIATION AP. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 2013.

20. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. 800 Maine Avenue SW, Suite 900, Washington, DC 20024-2812: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
21. Disorders AfE. EATING DISORDERS: A GUIDE TO MEDICAL CARE – AED REPORT 2021 | 4TH EDITION. 2021.
22. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014; 13(2):153-60.
23. Collaborators GBDMD. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022; 9(2):137-50.
24. Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*. 2014; 134(3):582-92.
25. Lopez-Gil JF, Garcia-Hermoso A, Smith L, Firth J, Trott M, Mesas AE, et al. Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2023; 177(4):363-72.
26. Culbert KM, Racine SE, Klump KL. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56(11):1141-64.
27. Green RJ, Samy G, Miqdady MS, Salah M, Sleiman R, Abdelrahman HM, et al. How to Improve Eating Behaviour during Early Childhood. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2015; 18(1):1-9.
28. Lindvall Dahlgren C, Wisting L. Transitioning from DSM-IV to DSM-5: A systematic review of eating disorder prevalence assessment. *Int J Eat Disord*. 2016; 49(11):975-97.
29. Hornberger LL, Lane MA, Committee On A. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2021; 147(1)
30. Yu Z, Muehleman V. Eating Disorders and Metabolic Diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(3)
31. Attia E, Guarda AS. Prevention and Early Identification of Eating Disorders. *JAMA*. 2022; 327(11):1029-31.
32. Mahmood L, Flores-Barrantes P, Moreno LA, Manios Y, Gonzalez-Gil EM. The Influence of Parental Dietary Behaviors and Practices on Children's Eating Habits. *Nutrients*. 2021; 13(4)
33. Organization WH. International Classification of Diseases, Eleventh Revision 2022.
34. 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(8):54.
35. Kambanis PE, Thomas JJ. Assessment and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2023; 25(2):53-64.
36. Tanner AB, Richmond TK. Assessing growth in children and adolescents with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *J Eat Disord*. 2024; 12(1):82.
37. Association AP. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. 2022. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/getmedia/8bcf8b72-f3cc-403c-9cfb-5c89e086d5db/APA-DSM5TR-AvoidantRestrictiveFoodIntakeDisorder.pdf>.
38. Sanchez-Cerezo J, Nagularaj L, Gledhill J, Nicholls D. What do we know about the epidemiology of avoidant/restrictive food intake disorder in children

and adolescents? A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev.* 2023; 31(2):226-46.

39. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, et al. 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.

40. Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS, et al. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *J Adolesc Health.* 2013; 53(2):303-5.

41. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord.* 2014; 2(1):21.

42. Bertrand V, Tiburce L, Sabatier T, Dufour D, Dechelotte P, Tivolacci MP. Estimated Prevalence and Care Pathway of Feeding and Eating Disorders in a French Pediatric Population. *Nutrients.* 2021; 13(6)

43. Farag F, Sims A, Strudwick K, Carrasco J, Waters A, Ford V, et al. Avoidant/restrictive food intake disorder and autism spectrum disorder: clinical implications for assessment and management. *Dev Med Child Neurol.* 2022; 64(2):176-82.

44. Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, Spettigue W, Henderson K. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. *Int J Eat Disord.* 2014; 47(5):495-9.

45. Bourne L, Mandy W, Bryant-Waugh R. Avoidant/restrictive food intake disorder and severe food selectivity in children and young people with autism: A scoping review. *Dev Med Child Neurol.* 2022; 64(6):691-700.

46. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2017; 47(4):95-103.

47. 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)

48. Chandran JJ, Anderson G, Kennedy A, Kohn M, Clarke S. Subacute combined degeneration of the spinal cord in an adolescent male with avoidant/restrictive food intake disorder: A clinical case report. *Int J Eat Disord.* 2015; 48(8):1176-9.

49. Feillet F, Bocquet A, Briend A, Chouraqui JP, Darmaun D, Frelut ML, et al. Nutritional risks of ARFID (avoidant restrictive food intake disorders) and related behavior. *Arch Pediatr.* 2019; 26(7):437-41.

50. Sdravou K, Emmanouilidou-Fotoulaki E, Printza A, Andreoulakis E, Evangelidou A, Fotoulaki M. Mealtime Environment and Control of Food Intake in Healthy Children and in Children with Gastrointestinal Diseases. *Children (Basel).* 2021; 8(2)

51. Powell F, Farrow C, Meyer C, Haycraft E. The importance of mealtime structure for reducing child food fussiness. *Matern Child Nutr.* 2017; 13(2)

52. Ek A, Sorjonen K, Eli K, Lindberg L, Nyman J, Marcus C, Nowicka P. Associations between Parental Concerns about Preschoolers' Weight and Eating and Parental Feeding Practices: Results from Analyses of the Child Eating Behavior Questionnaire, the Child Feeding Questionnaire, and the Lifestyle Behavior Checklist. *PLoS One.* 2016; 11(1):e0147257.

53. Kozak A, Czepczor-Bernat K, Modrzejewska J, Modrzejewska A, Matusik E, Matusik P. Avoidant/Restrictive Food Disorder (ARFID), Food Neophobia, Other

Eating-Related Behaviours and Feeding Practices among Children with Autism Spectrum Disorder and in Non-Clinical Sample: A Preliminary Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(10)

54. 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.

55. Thomas JJ, Wons OB, Eddy KT. Cognitive-behavioral treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2018; 31(6):425-30.

56. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001; 42(7):963-70.

57. Domoff SE, Miller AL, Kaciroti N, Lumeng JC. Validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire in a low-income preschool-aged sample in the United States. *Appetite*. 2015; 95:415-20.

58. Viana V, Sinde S, Saxton JC. Children's Eating Behaviour Questionnaire: associations with BMI in Portuguese children. *Br J Nutr*. 2008; 100(2):445-50.

59. Birch LL, Fisher JO, Grimm-Thomas K, Markey CN, Sawyer R, Johnson SL. Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*. 2001; 36(3):201-10.

60. Viana V, Franco T, Morais C, Almeida P, Silva D, Guerra A. CONTROLO ALIMENTAR MATERNO E ESTADO PONDERAL: RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO ALIMENTAR PARA CRIANÇAS. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS*. 2012; 13

61. Svensson V, Lundborg L, Cao Y, Nowicka P, Marcus C, Sobko T. Obesity related eating behaviour patterns in Swedish preschool children and association with age, gender, relative weight and parental weight--factorial validation of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011; 8:134.

62. Chrissini MK, Panagiotakos DB. Health literacy as a determinant of childhood and adult obesity: a systematic review. *Int J Adolesc Med Health*. 2021; 33(3):9-39.

63. Pechey R, Monsivais P. Socioeconomic inequalities in the healthiness of food choices: Exploring the contributions of food expenditures. *Prev Med*. 2016; 88:203-9.

64. Carnell S, Pryor K, Mais LA, Warkentin S, Benson L, Cheng R. Lunch-time food choices in preschoolers: Relationships between absolute and relative intakes of different food categories, and appetitive characteristics and weight. *Physiol Behav*. 2016; 162:151-60.

65. Leuba AL, Meyer AH, Kakebeeke TH, Stulb K, Arhab A, Zysset AE, et al. Eating behaviour in Swiss preschool children-Validation of a German and a French version of the Children's Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ). *PLoS One*. 2023; 18(12):e0295259.

66. Al-Hamad AH, Al-Naseeb AM, Al-Assaf MS, Al-Obaid SA, Al-Abdulkarim BS, Olszewski PK. Preliminary Exploration of Obesity-Related Eating Behaviour Patterns in a Sample of Saudi Preschoolers Aged 2-6 Years through the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Nutrients*. 2021; 13(11)

67. Sanlier N, Arslan S, Buyukgenc N, Toka O. Are eating behaviors related with by body mass index, gender and age? *Ecol Food Nutr*. 2018; 57(4):372-87.

68. Anderson CB, Hughes SO, Fisher JO, Nicklas TA. Cross-cultural equivalence of feeding beliefs and practices: the psychometric properties of the child feeding questionnaire among Blacks and Hispanics. *Prev Med.* 2005; 41(2):521-31.
69. Perez M, Ohrt TK, Bruening AB, Taylor AB, Liew J, Kroon Van Diest AMW, Ungredda T. Measurement equivalence of child feeding and eating measures across gender, ethnicity, and household food security. *BMC Obes.* 2018; 5:17.
70. Schmidt R, Richter R, Brauhardt A, Hiemisch A, Kiess W, Hilbert A. Parental feeding practices in families with children aged 2-13 years: Psychometric properties and child age-specific norms of the German version of the Child Feeding Questionnaire (CFQ). *Appetite.* 2017; 109:154-64.
71. 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.
72. Calisan Kinter R, Ozbaran B, Inal Kaleli I, Kose S, Bildik T, Ghaziuddin M. The Sensory Profiles, Eating Behaviors, and Quality of Life of Children with Autism Spectrum Disorder and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Psychiatr Q.* 2024; 95(1):85-106.
73. Dovey TM, Kumari V, Blissett J, Mealtime Hostage Parent Science G. 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.
74. Skinner JD, Carruth BR, Wendy B, Ziegler PJ. Children's food preferences: a longitudinal analysis. *J Am Diet Assoc.* 2002; 102(11):1638-47.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A - Parecer da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria	78
---	----

Anexo A - Parecer da Comissão de Ética do Politécnico de Leiria



COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE LEIRIA

PARECER N.º CE/IPLEIRIA/55/2023

Data: 20/10/2023

Título do estudo – Prevalência e Caracterização de Crianças com ARFID entre os 2 e os 10 anos numa clínica privada do concelho de Leiria.

Nome do (s) proponente (s):

Investigadores Principais:

Cátia Sofia Pereira Braga Pontes.

Membros da equipa de investigação:

Sara Alexandra da Fonseca Marques Simões Dias;

Alexandra Maria Branco da Luz;

Rita Nunes Novo.

O estudo tem como objetivos: -----

O objetivo principal deste estudo consiste em aferir a prevalência de ARFID em crianças entre os 2 e 10 anos. -----

Objetivos específicos: -----

Caraterizar crianças com ARFID entre os 2 e 10 anos acompanhadas na clínica pediátrica CAIPeD do concelho de Leiria; -----

Relacionar caraterísticas antropométricas, sociodemográficas e clínicas com diagnóstico ARFID; ----

Relacionar a história clínica materna com diagnóstico de ARFID da criança; -----

Relacionar atitudes de controlo alimentar dos cuidadores com diagnóstico de ARFID da criança; ----

Relacionar o comportamento alimentar da criança com o diagnóstico de ARFID. -----

A data de início do estudo/projeto está definida e está adequada, setembro 2023. -----

A data de fim (prevista) do estudo/projeto está definida e está adequada, maio 2024. -----

A data prevista de início da recolha de dados está definida e está adequada, outubro 2023. -----

A data prevista de fim da recolha de dados está definida e está adequada, dezembro 2023. -----

Metodologia: -----

O tipo de estudo está corretamente descrito e justificado, estudo observacional transversal e descritivo. -----

A população-alvo e amostra está identificada e está corretamente justificada. A população-alvo está descrita e tem dimensão é de 2060 crianças. O tamanho amostral é de 163 crianças, com base numa prevalência de ARFID de 13,3% (1)(2)(3)(5), com intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%. -----

Os critérios de inclusão estão definidos e corretamente justificados. -----

Os critérios de exclusão estão definidos e corretamente justificados. -----

Os locais onde decorre o estudo estão identificados e os procedimentos para a recolha de autorizações apresentados. -----

Os instrumentos de recolha de dados estão devidamente descritos. -----

Os procedimentos para a garantia de confidencialidade estão devidamente descritos. -----

Os procedimentos para garantir a voluntariedade e autonomia dos participantes estão devidamente descritos. -----



Não foram identificados danos para os participantes. -----
 Não foram identificados riscos físicos, psicológicos, legais ou sociais para os participantes. -----
 Não foram identificados custos de participação para os participantes no estudo, bem como possíveis compensações. -----
 O termo de responsabilidade foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
 O consentimento informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
 O consentimento do participante foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
 O compromisso de honra da investigadora principal foi apresentado e em conformidade com o solicitado. -----
 No consentimento informado foi referido como responsável pelo cumprimento de todas as obrigações legais decorrente do RGPD, o investigador principal. -----
Após a reformulação da proposta submetida, no seguimento dos esclarecimentos adicionais solicitados, a CE emite parecer favorável. -----

P'la CE a Presidente

APÊNDICES

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice A - Consentimento Informado	81
Apêndice B - Documento para diagnóstico de ARFID.....	85
Apêndice C - Questionário sociodemográfico e clínico, Questionário de Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ) e Questionário Alimentar para Crianças (CFQ)	86

Apêndice A - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO NOS TERMOS DA NORMA N.º 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Identificação do Investigador: Este estudo é conduzido pelos membros investigadores Cátia Sofia Pereira Braga Pontes e Sara Alexandra da Fonseca Marques Simões Dias do ciTechCare - Center for Innovative Care and Health Technology, do Instituto Politécnico de Leiria e pela bolsista de investigação do ciTechCare e estudante de Mestrado em Nutrição Pediátrica da FCNAUP, Rita Nunes Novo.

Título do estudo: Prevalência e Caracterização de Crianças com ARFID entre os 2 e os 10 anos numa clínica privada do concelho de Leiria

Enquadramento: O estudo é desenvolvido no âmbito do Mestrado em Nutrição Pediátrica da Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, da investigadora Rita Nunes Novo por investigadores do ciTechCare, do Instituto Politécnico de Leiria, sob orientação da Professora Doutora e Investigadora Principal, Cátia Sofia Pereira Braga Pontes.

Explicação do estudo: O objetivo geral deste estudo consiste em aferir a prevalência de Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva (ARFID) em crianças entre os 2 e 10 anos.

Os objetivos específicos deste estudo são: caracterizar crianças com Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva entre os 2 e 10 anos acompanhadas na clínica pediátrica CAIPeD do concelho de Leiria; relacionar características antropométricas, sociodemográficas e clínicas com diagnóstico Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva; relacionar a história clínica materna com diagnóstico de Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva da criança; relacionar atitudes de controlo alimentar dos cuidadores com diagnóstico de Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva da criança; relacionar o comportamento alimentar da criança com o diagnóstico de Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva.

Trata-se de um estudo observacional transversal e descritivo, cuja recolha de dados decorrerá entre outubro e dezembro de 2023. A participação no estudo implica o preenchimento de três questionários, nomeadamente um questionário sociodemográfico e clínico criado para o estudo, o Questionário de Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ) e o Questionário Alimentar para Crianças (CFQ), através da plataforma *LimeSurvey*, no momento que antecede a consulta em *tablets* disponibilizados numa clínica do concelho de Leiria. O acesso aos questionários é realizado através de um *QR Code*, que se encontra no final deste documento, prevendo-se uma duração de cerca de 15 minutos para o seu preenchimento integral. Caso, por motivos diversos, não seja possível a conclusão do questionário no momento anterior à consulta, os participantes serão lembrados através do endereço de e-mail ou contacto telefónico concedido. No momento da consulta, serão recolhidos os dados antropométricos, peso e estatura e realizado o diagnóstico de ARFID pelo médico/a pediatra da clínica.

Este estudo está a ser promovido no estrito cumprimento das disposições legais e regulamentos aplicáveis, nomeadamente pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados na sua atual redação. Os dados pessoais recolhidos no âmbito deste estudo serão mantidos em arquivos seguros, com acesso restrito, sejam eles eletrónicos ou físicos no Instituto Politécnico de Leiria. A identidade dos participantes não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes do estudo. Os participantes do estudo não irão revelar o seu nome, sendo a sua identificação feita através de um código alfanumérico. Esta lista ficará em formato eletrónico e não será feita qualquer cópia da mesma. Todos os ficheiros eletrónicos terão restrição de

permissão de acesso aos conteúdos, acautelando que as informações confidenciais possam, desejavelmente, ser acedidas, impressas, reencaminhadas ou copiadas apenas por pessoas autorizadas. Os dados pessoais sobre si serão mantidos de forma protegida pela equipa do estudo, através de codificação dos dados que o identifiquem, e só estarão acessíveis às seguintes pessoas ou entidades: aos investigadores da equipa, às Comissões de Ética competentes, às Autoridades de Saúde, a outras entidades competentes ao abrigo do disposto na legislação. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.

Os dados relativos ao endereço de e-mail e contacto telefónico serão imediatamente destruídos após término da recolha de dados. Os restantes dados serão mantidos em arquivos seguros, com acesso restrito, sejam eles eletrónicos ou físicos, de acordo com a legislação guardados por 5 (cinco) anos após a conclusão do estudo.

Condições e financiamento: Não receberá qualquer benefício pela participação neste estudo, nem implica quaisquer encargos financeiros. Contudo, a sua participação poderá ajudar a aumentar a consciencialização relativamente a esta perturbação e, assim, melhorar os meios de diagnóstico e de intervenção e tratamento da mesma. A participação neste estudo não envolve qualquer risco. O estudo não é financiado por entidades externas aos investigadores e os participantes não receberão qualquer pagamento pela sua participação. A participação nesta investigação tem um carácter voluntário, pelo que pode negá-la ou interromper o preenchimento do questionário, a qualquer momento, se assim o entender, sem prejuízo assistencial ou outro. O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Leiria.

Confidencialidade e anonimato: Será mantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, que serão utilizados exclusivamente para o presente estudo e publicações científicas que dele decorram, sendo eliminados no final da investigação.

De acordo com o artigo 13º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) 2016/679 (RGPD), da União Europeia (UE) tem o direito de, através de um membro da equipa envolvido no estudo, consultar os dados pessoais da sua criança e de solicitar alterações aos mesmos (artigos 16º e 19º do RGPD), caso não estejam corretos. Cabe ao responsável pelo tratamento fornecer ao titular uma cópia dos dados pessoais em fase de tratamento (artigo 15º do RGPD). Durante o estudo, tem o direito de retirar o seu consentimento de participação o que implica que deixe de participar no estudo. Tem o direito de requerer que os seus dados sejam transmitidos para uma terceira pessoa por si designada (artigo 20º do RGPD). Tem o direito de se opor ao tratamento dos dados pessoais a qualquer momento (artigo 21º do RGPD) e de solicitar o apagamento dos seus dados pessoais, embora apenas quando os dados em questão não forem mais necessários para a finalidade para o qual foram recolhidos (artigos 17º a 19º do RGPD).

Caso tenha dúvidas sobre a recolha e utilização de informações sobre si, ou caso pretenda exercer os direitos que possa ter relativamente a esta informação, deve contactar um elemento da equipa do estudo.

Caso sinta que os seus direitos de privacidade não foram respeitados pode apresentar uma queixa junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) e tem direito a exigir uma indemnização como consequência do processamento ilícito das suas informações pessoais.

Disponibilidade: Em caso de dúvidas, antes, durante ou após o preenchimento do questionário, por favor contacte:

Cátia Sofia Pereira Braga Pontes (Investigadora)

Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria Campus 2
 Morro do Lena – Alto do Vieiro Apartado 4137 | 2411-901 Leiria – Portugal
 E-mail: catia.pontes@ipleiria.pt | Telefone: (+351) 244 845 300

Encarregado de Proteção de Dados do Politécnico de Leiria

Politécnico de Leiria
 Rua General Norton de Matos
 2411-901 Leiria – Portugal
 Email: dpo@ipleiria.pt

Se tiver dúvidas relativamente à proteção dos seus dados pessoais, ou caso considere que os seus direitos de privacidade foram violados, deve contactar:

Comissão Nacional de Proteção de Dados

Avenida D. Carlos I, 134 – 1º
 1200-651 Lisboa
 E-mail: geral@cnpd.pt | Telefone: (+351) 213 928 400 | Fax: (+351) 213 976 832

De acordo com a informação que me foi fornecida declaro que:

Compreendi os objetivos deste inquérito, bem como as informações verbais que me foram fornecidas e aceito participar de forma livre e esclarecida.

☐ Sim

☐ Não

Fui informado/a da possibilidade de livremente recusar a participação neste inquérito, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

☐ Sim

☐ Não

Tendo em conta que é garantido o anonimato, aceito que os dados fornecidos sejam utilizados para análise estatística e que os resultados deste estudo possam ser partilhados com a comunidade científica.

☐ Sim

☐ Não

Aceito partilhar o Endereço de E-mail e Contacto Telefónico, exclusivamente para contactos relativos ao estudo.

☐ Sim

☐ Não

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Assinatura de quem pede consentimento:

Assinado por: **CÁTIA SOFIA PEREIRA BRAGA PONTES**

Num. de Identificação: 12129790

Data: 2023.11.06 12:18:47+00'00'



Consentimento do participante

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar no estudo “Prevalência e Caraterização de Crianças com ARFID entre os 2 e os 10 anos numa clínica privada do concelho de Leiria” sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados, que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins científicos e publicações que delas decorram e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Endereço de E-mail:

Contacto Telefónico:

Assinatura: Data:/...../.....

CÓDIGO PARTICIPANTE: _____

QR CODE DE ACESSO AOS QUESTIONÁRIOS



Apêndice C - Questionário sociodemográfico e clínico,
Questionário de Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ) e
Questionário Alimentar para Crianças (CFQ)

Prevalência e Caraterização de Crianças com ARFID entre os 2 e os 10 anos numa clínica privada do concelho de Leiria

Agradecemos ter aceitado participar no estudo da "Prevalência e Caraterização de Crianças com ARFID entre os 2 e os 10 anos numa clínica privada do concelho de Leiria", promovido por investigadores do iTechCare - Center for Innovative Care and Health Technology, do Instituto Politécnico de Leiria.

Este estudo requer o preenchimento de 3 questionários: um Questionário Sociodemográfico/clínico, da criança e do cuidador, como idade, sexo, localização geográfica da criança, composição do agregado familiar, patologias e dados relativos à gravidez, seguido do preenchimento do Questionário do Comportamento Alimentar da Criança (CEBQ) que avalia o comportamento alimentar ou estilo alimentar das crianças e, por fim, o Questionário Alimentar para Crianças (CFQ) que avalia as atitudes de controlo alimentar dos pais perante a alimentação das crianças.

As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas.

Será garantido o anonimato das respostas, sendo assegurada a privacidade e confidencialidade de todos os dados recolhidos.

Agradecemos a sua colaboração no preenchimento de todos os itens deste questionário.

Existe(m) 53 questão(ões) neste questionário.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Este questionário tem como objetivo relacionar fatores sociodemográficos/clínicos com a Perturbação de Ingestão Alimentar Evitante/Restritiva.

O preenchimento deste questionário tem uma duração aproximada de 10 minutos e está dividido em duas partes:

1. Relativa ao cuidador respondente e à mãe da criança incluída no estudo, contendo questões sociodemográficas e clínicas referentes à gestação, ao aleitamento e condição clínica atual;

2. Relativa à criança incluída no estudo, contendo questões sociodemográficas e clínicas relacionadas com a introdução alimentar e condição clínica atual;

As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas. Será garantido o anonimato das respostas, sendo garantida a privacidade e confidencialidade de todos os dados recolhidos.

Agradecemos a sua colaboração no preenchimento de todos os itens deste questionário.

CÓDIGO PARTICIPANTE: *

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Questionário Sociodemográfico e Clínico: Cuidador - Dados Sociodemográficos

Dados Sociodemográficos

As questões que se seguem são referentes a questões sociodemográficas e clínicas do cuidador da criança em consulta (mãe, pai ou outro cuidador principal da criança incluída no estudo).

Qual o seu grau de parentesco em relação à criança incluída no questionário? *

☑ Escolher uma das seguintes respostas

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

☐ Mãe

☐ Pai

☐ Outro

Sexo: *

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

☐ Feminino

☐ Masculino

Idade:

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Nacionalidade:

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Número de filhos:

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Qual o seu Estado Civil?

☑ Escolher uma das seguintes respostas

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a)/União de Facto

☐ Divorciado(a)/Separado(a)

☐ Viúvo(a)

Quais as suas habilitações académicas?

☑ Escolher uma das seguintes respostas

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

☐ 2.º ciclo do ensino básico

☐ 3.º ciclo do ensino básico

☐ Ensino secundário regular

☐ Ensino secundário profissional

☐ Qualificação de nível pós-secundária não superior (Ex: TeSP)

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

Qual a sua situação profissional, de momento?

☑ Escolher uma das seguintes respostas

Por favor, seleccione apenas uma das seguintes opções:

☐ Empregado(a)

☐ Desempregado(a)

☐ Reformado(a)

☐ Não Responde

Qual o Rendimento Líquido Mensal do Agregado Familiar?

- Escolher uma das seguintes respostas
- Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:
- ☐ Menos de 599€
 - ☐ Entre 600€ a 999€
 - ☐ Entre 1000€ a 1499€
 - ☐ Entre 1500€ a 1999€
 - ☐ Entre 2000€ a 2499€
 - ☐ Mais de 2500€
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde

Questionário Sociodemográfico e Clínico: Cuidador - Gestação

Gestação

As questões que se seguem são relacionadas com a gestação, pós-parto e introdução alimentar relativa à criança que o(a) trouxe à consulta.

Em kg, qual o aumento de peso da mãe durante a gestação?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Com quantas semanas de gestação nasceu a criança incluída no estudo?

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Qual o tipo de parto?

- Escolher uma das seguintes respostas
- Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:
- ☐ Parto Vaginal
 - ☐ Parto de Cesariana
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde

A mãe, antes da gravidez da criança incluída no estudo, apresentou alguma Perturbação do Comportamento Alimentar?

- Selecione todas as opções que se aplicarem
- Por favor, selecione todas as que se aplicam:
- ☐ Ingestão Alimentar Compulsiva
 - ☐ Anorexia Nervosa
 - ☐ Bulimia Nervosa
 - ☐ Não
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde
- Outro:

No momento da concepção, a mãe tinha idade igual ou superior a 40 anos?

- Escolher uma das seguintes respostas
- Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:
- ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde

A mãe teve alguma complicação durante a gestação da criança incluída no estudo?

- Selecione todas as opções que se aplicarem
- Por favor, selecione todas as que se aplicam:
- ☐ Asma brônquica com crises sob medicação
 - ☐ Diabetes gestacional
 - ☐ Diabetes tipo 2 prévia à gravidez
 - ☐ Restrição de crescimento fetal
 - ☐ Hipertensão arterial crónica
 - ☐ Obesidade
 - ☐ Baixo Peso
 - ☐ Doença psiquiátrica controlada com necessidade de medicação
 - ☐ Anemia
 - ☐ Gravidez gemelar
 - ☐ Feto leve para a idade gestacional
 - ☐ Suspeita de macrosomia fetal
 - ☐ Infecção materna (hepatites víricas, varicela, tuberculose, VIH)
 - ☐ Não
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde
- Outro:

A mãe teve algum tipo de complicações no Pós-Parto?

- Introduza comentários apenas quando escolher uma resposta
- Por favor, selecione todas as que se aplicam e forneça um comentário:
- ☐ Problemas com amamentação que tenham conduzido à desistência
 - ☐ Baby Blues pós-parto (oscilação do humor considerada normal, surge nos primeiros três dias após o nascimento da criança e que termina entre o sétimo e décimo dias)
 - ☐ Depressão pós-parto (sinais prolongados de tristeza, perda de interesse em atividades diárias, ansiedade e instabilidade, não se inicia antes da 8ª semana)
 - ☐ Psicose pós-parto (distúrbio do humor caracterizando-se por perturbações mentais graves e agudas, frequentemente alucinações - início entre as primeiras duas ou três semanas após o parto)
 - ☐ Défice Nutricional - Especifique na caixa de texto
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde

Uso de Medicação durante a Gestação, por parte da mãe:

- Escolher uma das seguintes respostas
- Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:
- ☐ Sim - Especifique na caixa de texto
 - ☐ Não
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

A mãe tomou Ácido Fólico durante a Gestação?

- ❶ Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:
- ☐ Sim - Especifique tipo na caixa de texto
 - ☐ Não
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

Quando iniciou a toma de Ácido Fólico?

- ❶ Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:
- ☐ Antes da concepção
 - ☐ Após a concepção
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde

A mãe tomou Iodo durante a Gestação?

- ❶ Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:
- ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde

A mãe tomou Ferro durante a Gestação?

- ❶ Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:
- ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde

Para além destes, a mãe tomou outro suplemento durante a Gestação?

- ❶ Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:
- ☐ Sim - Especifique na caixa de texto
 - ☐ Não
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

A mãe consumiu cafeína durante a Gestação?

- ❶ Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:
- ☐ Sim - Especifique quantidade na caixa de texto (Ex: 1 café/dia):
 - ☐ Não
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

A mãe consumiu álcool durante a Gestação?

- ❶ Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:
- ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde

A mãe consumiu tabaco durante a Gestação?

- ❶ Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:
- ☐ Sim
 - ☐ Não
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde

A mãe consumiu outras drogas durante a Gestação?

- ❶ Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:
- ☐ Sim - Especifique na caixa de texto
 - ☐ Não
 - ☐ Não Sabe
 - ☐ Não Responde

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

A mãe praticou Exercício Físico na Gestação?

- Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:
- ☐ Sim - Especifique tipo e duração na caixa de texto (Ex: corrida, caminhada; 45 minutos/dia)
☐ Não
☐ Não Sabe
☐ Não Responde

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

Questionário Sociodemográfico e Clínico: Cuidador - Dados Clínicos Atuais Parentais

Dados Clínicos Atuais Parentais

As questões que se seguem referem-se ao estado clínico atual dos pais da criança que o(a) trouxe à consulta.

A mãe, atualmente, possui alguma das seguintes patologias?

- Seleccione todas as opções que se apliquem
Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- ☐ Diabetes Mellitus Tipo 1
☐ Diabetes Mellitus Tipo 2
☐ Hipertensão Arterial
☐ Alergia alimentar
☐ Obesidade
☐ Asma
☐ Depressão
☐ Perturbação do Comportamento Alimentar
☐ Perturbação de Saúde Mental
☐ Não
☐ Não Sabe
☐ Não Responde

☐ Outro:

O pai, atualmente, possui alguma das seguintes patologias?

- Seleccione todas as opções que se apliquem
Por favor, selecione **todas** as que se aplicam:

- ☐ Diabetes Mellitus Tipo 1
☐ Diabetes Mellitus Tipo 2
☐ Hipertensão Arterial
☐ Alergia alimentar
☐ Obesidade
☐ Asma
☐ Depressão
☐ Perturbação do Comportamento Alimentar
☐ Perturbação de Saúde Mental
☐ Não
☐ Não Sabe
☐ Não Responde

☐ Outro:

Questionário Sociodemográfico e Clínico: Criança - Dados Sociodemográficos

Dados Sociodemográficos

As questões que se seguem são relacionadas com a **criança participante do estudo**.

Sexo: *

Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Feminino
☐ Masculino

Idade (Especifique em anos e meses): *

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Nacionalidade:

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Peso à nascença:

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

Comprimento à nascença:

Por favor, escreva aqui a sua resposta:

É o primeiro filho(a)?

- Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim
☐ Não

A criança em estudo tem irmãos?

- Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, selecione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim - Especifique quantos na caixa de texto:
☐ Não

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

Questionário Sociodemográfico e Clínico: Criança - Alimentação da Criança no 1º Ano de Vida

Alimentação da Criança no 1º Ano de Vida

As questões seguites são referentes à alimentação no 1º ano de vida da criança que o(a) trouxe à consulta.

A criança foi alimentada através de Aleitamento Materno?

● Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim - Especifique o início e o fim do aleitamento em meses na caixa de texto (Ex: 0 aos 6 meses)
☐ Não
☐ Não Sabe
☐ Não Responde

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

Em **meses**, qual a duração do aleitamento materno exclusivo (leite materno como única fonte alimentar oferecida ao bebé)?

● Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Especifique até que meses a criança foi alimentada através de aleitamento materno exclusivo na caixa de texto
☐ Não foi alimentada exclusivamente através de leite materno
☐ Não Sabe
☐ Não Responde

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

A criança foi alimentada através de **Fórmulas Infantis**?

● Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim - Especifique, na caixa de texto, o início e o fim da alimentação através de fórmulas infantis em meses (Ex: 0 aos 6 meses)
☐ Não
☐ Não Sabe
☐ Não Responde

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

Com que idade fez a introdução de alimentos sólidos (em meses)?

● Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Especifique, na caixa de texto, o mês de introdução de alimentos sólidos
☐ Não Sabe
☐ Não Responde

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

Quais os alimentos com os quais iniciou a diversificação alimentar?

● Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Especifique os alimentos com os quais iniciou a diversificação alimentar na caixa de texto
☐ Não Sabe
☐ Não Responde

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

Houve complicações na diversificação alimentar?

● Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, seleccione **apenas uma** das seguintes opções:

- ☐ Sim - Especifique na caixa de texto
☐ Não
☐ Não Sabe
☐ Não Responde

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

Questionário Sociodemográfico e Clínico: Criança - Alimentação Atual da Criança

Alimentação Atual da Criança

As questões que se seguem são referentes à alimentação atual da criança que o(a) trouxe à consulta.

Neste momento, a criança tem alguma Intolerâncias/Alergias alimentares?

Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ Sim - Especifique na caixa de texto
☐ Não
☐ Não Sabe
☐ Não Responde

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

Neste momento, a criança tem alguma aversão alimentar?

Escolher uma das seguintes respostas
Por favor, selecione apenas uma das seguintes opções:

- ☐ Sim - Especifique na caixa de texto
☐ Não
☐ Não Sabe
☐ Não Responde

Escreva um comentário à sua escolha aqui:

A criança possui alguma patologia?

Selecione todas as opções que se aplicam
Por favor, selecione todas as que se aplicam:

- ☐ Diabetes Mellitus Tipo 1
☐ Anemia
☐ Asma
☐ Obesidade
☐ Perturbações do Espectro do Autismo
☐ Perturbações de ansiedade
☐ Perturbação obsessivo-compulsiva
☐ Perturbação de hiperatividade/défice de atenção
☐ Doença de refluxo gastroesofágico
☐ Não
☐ Não Sabe
☐ Não Responde

Outro:

QUESTIONÁRIO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA (CEBQ)

Este questionário deve ser respondido pelos pais e incide sobre o comportamento alimentar do seu filho(a) incluído no estudo. Responda por favor tendo em conta aquilo que o seu filho(a) faz habitualmente com respeito à sua alimentação. As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas uma vez que traduzem um modo pessoal de agir. Será garantido o anonimato das respostas, sendo garantida a privacidade e confidencialidade de todos os dados recolhidos.

Agradecemos a sua colaboração no preenchimento de todos os itens deste questionário. O preenchimento deste questionário tem uma duração aproximada de 3 minutos.

QUESTIONÁRIO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR DA CRIANÇA (CEBQ) *

Por favor, selecione a posição apropriada para cada elemento:

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
1. O meu filho(a) adora comida.	☐	☐	☐	☐	☐
2. O meu filho(a) come mais quando anda preocupado(a).	☐	☐	☐	☐	☐
3. O meu filho(a) tem um grande apetite.	☐	☐	☐	☐	☐
4. O meu filho(a) termina as refeições muito rapidamente.	☐	☐	☐	☐	☐
5. O meu filho(a) interessa-se por comida.	☐	☐	☐	☐	☐
6. O meu filho(a) anda sempre a pedir de beber.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Perante novos alimentos o meu filho(a) começa por recusá-los.	☐	☐	☐	☐	☐
8. O meu filho(a) come vagarosamente.	☐	☐	☐	☐	☐
9. O meu filho(a) come menos quando está zangado(a).	☐	☐	☐	☐	☐
10. O meu filho(a) gosta de experimentar novos alimentos.	☐	☐	☐	☐	☐
11. O meu filho(a) come menos quando está cansado(a).	☐	☐	☐	☐	☐
12. O meu filho(a) está sempre a pedir comida.	☐	☐	☐	☐	☐
13. O meu filho(a) come mais quando está aborrecido(a).	☐	☐	☐	☐	☐
14. Se o deixassem o meu filho(a) comeria demais.	☐	☐	☐	☐	☐
15. O meu filho(a) come mais quando está ansioso(a).	☐	☐	☐	☐	☐
16. O meu filho(a) gosta de uma grande variedade de alimentos.	☐	☐	☐	☐	☐
17. O meu filho(a) deixa comida no prato no fim das refeições.	☐	☐	☐	☐	☐
18. O meu filho(a) gasta mais que 30 minutos para terminar uma refeição.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Se tivesse oportunidade o meu filho(a) passaria a maior parte do tempo a comer.	☐	☐	☐	☐	☐
20. O meu filho(a) está sempre à espera da hora das refeições.	☐	☐	☐	☐	☐
21. O meu filho(a) fica cheio(a) antes de terminar a refeição.	☐	☐	☐	☐	☐
22. O meu filho(a) adora comer.	☐	☐	☐	☐	☐
23. O meu filho(a) come mais quando está feliz.	☐	☐	☐	☐	☐
24. O meu filho(a) é difícil de contentar com as refeições.	☐	☐	☐	☐	☐
25. O meu filho(a) come menos quando anda transtornado(a).	☐	☐	☐	☐	☐

25. O meu filho(a) come menos quando anda transtornado(a).	☐	☐	☐	☐	☐
26. O meu filho(a) fica cheio muito facilmente.	☐	☐	☐	☐	☐
27. O meu filho(a) come mais quando não tem nada para fazer.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Mesmo se já está cheio o meu filho(a) arranja espaço para comer um alimento preferido.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) passaria o dia a beber continuamente.	☐	☐	☐	☐	☐
30. O meu filho(a) é incapaz de comer a refeição se antes tiver comido alguma coisa.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre a tomar uma bebida.	☐	☐	☐	☐	☐
32. O meu filho(a) interessa-se por experimentar alimentos que nunca provou antes.	☐	☐	☐	☐	☐
33. O meu filho(a) decide que não gosta de um alimento mesmo que nunca o tenha provado.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Se tivesse a oportunidade o meu filho(a) estaria sempre com comida na boca.	☐	☐	☐	☐	☐
35. O meu filho(a) come mais e cada vez mais devagar ao longo da refeição.	☐	☐	☐	☐	☐

QUESTIONÁRIO ALIMENTAR PARA CRIANÇAS (CFQ)
QUESTIONÁRIO ALIMENTAR PARA CRIANÇAS (CFQ) - Um Instrumento para Avaliar o Controlo Parental na Alimentação das Crianças

Este questionário deve ser respondido pelos pais e incide sobre as atitudes de controlo alimentar dos mesmos em relação aos seus filhos(as). As respostas, quaisquer que sejam, são sempre adequadas uma vez que traduzem um modo pessoal de agir. Será garantido o anonimato das respostas, sendo garantida a privacidade e confidencialidade de todos os dados recolhidos. Agradecemos a sua colaboração no preenchimento de todos os itens deste questionário. O preenchimento deste questionário tem uma duração aproximada de 3 minutos

INSTRUÇÕES: Usando a escala em baixo, para cada questão, assinale de acordo com a frequência que melhor corresponde à sua resposta. **Por favor, responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo.**

*

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Quando a sua criança está em casa quantas vezes é responsável por alimentá-la?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Quantas vezes é responsável por decidir qual o tamanho da porção de comida da sua criança?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Quantas vezes é responsável por decidir se a sua criança comeu os alimentos adequados?	☐	☐	☐	☐	☐

INSTRUÇÕES: Usando a escala em baixo indique como classificaria o seu próprio peso em cada um de quatro períodos de tempo apresentados em baixo. *

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Baixo peso acentuado	Baixo peso	Na média	Excesso de peso	Excesso de peso acentuado
4. A sua infância (dos 5 aos 10 anos)	☐	☐	☐	☐	☐
5. A sua adolescência	☐	☐	☐	☐	☐
6. Os seus 20 anos	☐	☐	☐	☐	☐
7. Atualmente	☐	☐	☐	☐	☐

INSTRUÇÕES: Usando a escala em baixo, assinala como classificaria o peso da sua criança em cada um dos períodos de tempo apresentados em baixo.

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Baixo peso acentuado	Baixo peso	Na média	Excesso de peso	Excesso de peso acentuado
8. A sua criança durante o primeiro ano de vida	☐	☐	☐	☐	☐
9. A sua criança na infância (1 aos 3 anos)	☐	☐	☐	☐	☐
10. A sua criança no Jardim-de-infância (dos 3 aos 4 anos)	☐	☐	☐	☐	☐
11. A sua criança da pré-escola até ao 2º ano	☐	☐	☐	☐	☐
12. A sua criança do 3º até ao 5º ano	☐	☐	☐	☐	☐

INSTRUÇÕES: Usando a escala em baixo, por favor indique para cada questão, o nível de preocupação que melhor corresponde à sua resposta. **Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo. ***

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Totalmente despreocupada	Ligeiramente despreocupada	Neutro	Ligeiramente preocupada	Preocupada
13. Até que ponto a preocupa que a sua criança coma demais quando não está perto de si?	☐	☐	☐	☐	☐
14. Até que ponto a preocupa que a sua criança tenha que fazer dieta para manter um peso desejável?	☐	☐	☐	☐	☐
15. Até que ponto a preocupa que a sua criança fique com excesso de peso?	☐	☐	☐	☐	☐

INSTRUÇÕES: Usando a escala em baixo, por favor indique para cada questão o nível de concordância que melhor corresponde à sua resposta. **Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo. ***

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Discordo	Discordo ligeiramente	Neutro	Concordo ligeiramente	Concordo
16. Eu preciso de ter a certeza de que a minha criança não come demasiados doces (rebuçados, gelados, bolos ou pastéis).	☐	☐	☐	☐	☐
17. Eu preciso de ter a certeza de que a minha criança não come demasiados alimentos com elevado teor de gordura.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Eu preciso de ter a certeza de que a minha criança não come demasiados alimentos preferidos.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Eu mantenho propositalmente alguns alimentos fora do alcance da minha criança.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Eu ofereço doces (rebuçados, gelados, bolos ou pastéis) à minha criança como recompensa por bom comportamento.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Eu ofereço à minha criança os seus alimentos preferidos em troca de bom comportamento.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Se eu não gulasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comeria demasiada "comida de plástico".	☐	☐	☐	☐	☐
23. Se eu não gulasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comeria demasiados alimentos preferidos.	☐	☐	☐	☐	☐
24. A minha criança deverá comer sempre toda a comida que tem no prato.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Tenho que ter cuidado especial para ter a certeza que a minha criança come o suficiente.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Se a minha criança diz "eu não tenho fome", eu tento que ela come mesmo assim.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Se eu não gulasse ou regulasse a ingestão da minha criança, ela comeria muito menos do que deveria.	☐	☐	☐	☐	☐

INSTRUÇÕES: Usando a escala em baixo, para cada questão, assinala de acordo com a frequência que melhor corresponde à sua resposta. **Por favor responda apenas acerca do seu filho que está no nosso estudo. ***

Por favor, seleccione a posição apropriada para cada elemento:

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
28. Quantas vezes está atenta aos doces (rebuçados, gelados, bolos ou pastéis) que a sua criança come?	☐	☐	☐	☐	☐
29. Quantas vezes está atenta aos salgadinhos (batatas fritas, aperitivos, Doritos, Cheetos, etc.) que a sua criança come?	☐	☐	☐	☐	☐
30. Quantas vezes está atenta aos alimentos com elevado teor de gordura que a sua criança come?	☐	☐	☐	☐	☐

**Prevalência e Caracterização de Crianças com ARFID entre
os 2 e os 10 anos numa clínica privada do concelho de Leiria**

Rita Nunes Novo

SEDE ADMINISTRATIVA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO E ALIMENTAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

