

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo deste documento será disponibilizado somente a partir de 19/12/2026.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO” – UNESP
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

Autora

Amanda Luísa Spiller

**Transtorno alimentar restritivo/evitativo em
pacientes com Doença Inflamatória Intestinal**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientadora

Prof^a. Dr^a. Ligia Yukie Sasaki

Co-Orientadora

Prof^a. Dr^a. Daniela Salate Biagioni Vulcano

BOTUCATU

2025

Amanda Luísa Spiller

**Transtorno alimentar restritivo/evitativo em
pacientes com Doença Inflamatória Intestinal**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientadora: Profa. Dra. Lígia Yukie Sasaki

Co-orientadora: Profa. Dra. Daniela Salate
Biagioni Vulcano

BOTUCATU

2025

S756t	Spiller, Amanda Luísa Transtorno alimentar restritivo/evitativo em pacientes com Doença Inflamatória Intestinal / Amanda Luísa Spiller. -- Botucatu, 2025 83 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Medicina, Botucatu Orientadora: Lígia Yukie Sasaki Coorientadora: Daniela Salate Biagioni Vulcano 1. Doença inflamatória intestinal. 2. Doença de Crohn. 3. Retocolite ulcerativa. 4. Transtorno alimentar restritivo/evitativo. 5. Desnutrição. I. Título.
-------	--

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Dados fornecidos pelo autor(a).

Registro de impacto

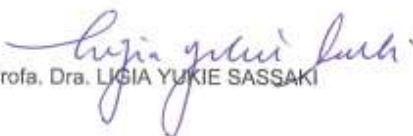
O presente estudo, ao investigar o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE) em pacientes com Doença Inflamatória Intestinal (DII), contribui de forma relevante para a ampliação do conhecimento sobre um fenômeno ainda pouco explorado no contexto brasileiro. Como impacto imediato, destaca-se a tradução e validação de uma ferramenta específica para a avaliação do TARE, possibilitando sua utilização padronizada por outros grupos de pesquisa e em diferentes cenários assistenciais. Essa contribuição metodológica permite a identificação mais consistente do transtorno, favorecendo a comparabilidade entre estudos e estimulando novas investigações na área.

A curto prazo, espera-se que os resultados deste trabalho auxiliem pesquisadores e profissionais da saúde na incorporação do rastreamento do TARE em pacientes com DII, ampliando a atenção às dimensões nutricionais e comportamentais da doença. A identificação de preditores independentes, como circunferência da panturrilha, circunferência muscular do braço e ângulo de fase, também oferece subsídios práticos para a vigilância nutricional e para o direcionamento de intervenções precoces.

Em médio e longo prazo, os achados deste estudo poderão contribuir para o aprimoramento das diretrizes assistenciais, a capacitação de equipes multiprofissionais para a identificação precoce do TARE e a redução de desfechos adversos associados à desnutrição e ao sofrimento psicológico. Dessa forma, a pesquisa reforça a importância de um cuidado mais integral, preventivo e baseado em evidências, com potencial de beneficiar diretamente os pacientes com DII e, indiretamente, o sistema de saúde, ao fomentar práticas clínicas mais sensíveis às necessidades reais dessa população.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE AMANDA LUÍSA SPILLER, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOPATOLOGIA EM CLÍNICA MÉDICA, DA FACULDADE DE MEDICINA - CÂMPUS DE BOTUCATU.

Aos 19 de dezembro de 2025, às 8h30min, no(a) NEAD - Sala Interativa, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de AMANDA LUÍSA SPILLER, intitulada **Transtorno alimentar restritivo/evitativo em pacientes com Doença Inflamatória Intestinal**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. LIGIA YUKIE SASSAKI (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) Departamento de Clínica Médica / UNESP / Câmpus de Botucatu - FMB, Profa. Dra. MAIARA BRUSCO DE FREITAS (Participação Virtual) do(a) Department of Clinical Medicine / Aalborg University, Profa. Dra. MARIANE RÓVERO COSTA (Participação Presencial) do(a) Departamento de Nutrição / Centro Universitário Sagrado Coração (UNISAGRADO). Após a exposição pela mestranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. LIGIA YUKIE SASSAKI

Agradecimentos

Gostaria primeiramente agradecer a Deus, pela minha vida, por todas as oportunidades, e por sempre me guiar para o melhor caminho.

Agradeço também a minha orientadora, Prof. Dra. Ligia, por todas as orientações, paciência, incentivo... A senhora é a melhor orientadora que poderia ter!! Obrigada pela confiança no meu trabalho, pela compreensão e pelos sábios conselhos.

Agradeço também a minha coorientadora, Prof Dra. Daniela, por todos os ensinamentos, orientação, apoio, paciência e incentivo durante todo o processo de mestrado. Obrigada pela confiança no meu trabalho, pela compreensão e por todos os conselhos.

Obrigado a minha família, meus pais, maninha, meu amor, Lucas, aos meus sogros, em especial, a Fernanda. Vocês sempre estiveram ao meu lado, mesmo nos momentos mais difíceis. Vocês foram a base para que eu nunca desistisse dos meus sonhos. Amo muito vocês!

Obrigado aos meus amigos que fiz no ambulatório, em especial meus amigos nutris: Beatriz, Ryan, Enya e Natalia que foram essenciais na construção e coleta do meu trabalho, além de serem ombros amigos quando eu mais precisei, e estiveram juntos em todos os percalços da pós.

Agradeço também aos profissionais que me ajudaram na tradução e validação do questionário NIAS: Jéssica, Cláudia e Fernanda. Vocês foram essenciais nessa pesquisa.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – 88887.000749/2024-00

Por fim, esse é apenas o início de um grande passo na minha vida.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.” Carl G. Jung

RESUMO

A Doença Inflamatória Intestinal (DII) é um dos fatores de risco para o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE), devido às restrições alimentares adotadas durante a atividade da doença e muitas vezes mantidas na remissão, impactando a qualidade de vida e a composição corporal. Este estudo teve como objetivo avaliar a presença de TARE e seu impacto em pacientes com DII. Realizou-se um estudo transversal com 122 pacientes, sendo traduzido e validado para a língua portuguesa o questionário Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS) para avaliação da presença de características do TARE, além da aplicação do Questionário de qualidade de vida (IBDQ) e questionário de frequência alimentar (QFA), realização de avaliações antropométricas, bioimpedância, força muscular. Dos participantes, 28 (23%) apresentaram características de TARE, predominantemente mulheres (78,6%), com idade média de 43,8 anos. Pacientes com TARE apresentaram menor índice de massa corporal ($23,45 \text{ kg/m}^2$), menor circunferência de braço (CB: $27,85 \text{ cm}$; $p < 0,009$) e panturrilha (CP: $33,45 \text{ cm}$; $p = 0,02$), além de menor ângulo de fase ($5,78^\circ$; $p < 0,007$). Correlações negativas significativas foram observadas entre TARE e albumina ($r = -0,27$; $p = 0,003$) e creatinina ($r = -0,19$; $p = 0,04$). A ingestão alimentar avaliada pelo QFA mostrou maior restrição de frutas, verduras e queijo ($p \leq 0,04$). Pacientes com característica de TARE apresentaram pior qualidade de vida, com redução significativa nos domínios intestinal, sistêmico, social e emocional do IBDQ ($p \leq 0,01$), e maior risco de depressão ($p = 0,007$). A análise multivariada indicou que a CP e ângulo de fase são preditores independentes de TARE. Conclui-se que a presença de características de TARE em pacientes com DII está associada a padrões alimentares restritivos, pior estado nutricional, e menor integridade celular, além de impacto negativo na qualidade de vida e aumento de sintomas depressivos. Estes achados reforçam a necessidade de avaliação nutricional e psicossocial integrada em pacientes com DII.

Palavras-chave: Doença inflamatória intestinal; Doença de Crohn; Retocolite Ulcerativa; Desnutrição; Transtorno alimentar restritivo/evitativo.

ABSTRACT

Inflammatory Bowel Disease (IBD) is a risk factor for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) due to dietary restrictions adopted during disease activity and often maintained during remission, impacting quality of life and body composition. This study aimed to evaluate the presence of ARFID and its impact on patients with IBD. A cross-sectional study was conducted with 122 patients, using the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Screen (NIAS) questionnaire, translated and validated for the Portuguese language to assess the presence of ARFID characteristics. The International Behavioral Questionnaire for Quality of Life (IBDQ) and the Food Frequency Questionnaire (FFQ) were also applied, along with anthropometric, bioimpedance, and muscle strength assessments. Of the participants, 28 (23%) presented ARFID characteristics, predominantly women (78.6%), with a mean age of 43.8 years. Patients with ARFID presented lower body mass index (23.45 kg/m²), smaller arm circumference (AC: 27.85 cm; $p < 0.009$) and calf circumference (CC: 33.45 cm; $p = 0.02$), as well as a smaller phase angle (5.78°; $p < 0.007$). Significant negative correlations were observed between ARFID and albumin ($r = -0.27$; $p = 0.003$) and creatinine ($r = -0.19$; $p = 0.04$). Dietary intake assessed by the FFQ showed greater restriction of fruits, vegetables, and cheese ($p \leq 0.04$). Patients with ARFID characteristics presented worse quality of life, with a significant reduction in the intestinal, systemic, social, and emotional domains of the IBDQ ($p \leq 0.01$), and a higher risk of depression ($p = 0.007$). Multivariate analysis indicated that CP and phase angle are independent predictors of ARFID. It is concluded that the presence of ARFID characteristics in IBD patients is associated with restrictive eating patterns, poorer nutritional status, and reduced cellular integrity, as well as a negative impact on quality of life and increased depressive symptoms. These findings reinforce the need for integrated nutritional and psychosocial assessment in IBD patients.

Keywords: Inflammatory bowel disease; Crohn's disease; Ulcerative colitis; Malnutrition; Avoidant/restrictive food intake disorder.

LISTA DE SIGLAS

CMB	Circunferência muscular do braço
CB	Circunferência do braço
CP	Circunferência da panturrilha
DC	Doença de Crohn
DII	Doenças Inflamatórias Intestinais
HADS	Escala hospitalar de ansiedade e depressão
IMC	Índice de Massa Corporal
NIAS	Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen
PCT	Prega cutânea tricipital
IBDq	Questionário de qualidade de vida
RCU	Retocolite Ulcerativa
TARE	Transtorno alimentar restritivo/evitativo
TGI	Trato gastrointestinal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Dados demográficos dos pacientes com doença inflamatória intestinal, com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Tabela 2. Dados clínicos dos pacientes com doença inflamatória intestinal, com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Tabela 3. Uso atual dos medicamentos dos pacientes com doença inflamatória intestinal, com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Tabela 4. Avaliação da circunferência do braço e da panturrilha em pacientes com doença inflamatória intestinal, com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Tabela 5. Avaliação da bioimpedância dos pacientes com doença inflamatória intestinal, com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Tabela 6. Correlação de Pearson entre presença de Transtorno alimentar restritivo evitativo e dados clínicos dos pacientes com doença inflamatória intestinal.

Tabela 7. Correlação de Pearson entre Transtorno alimentar restritivo evitativo e a avaliação física.

Tabela 8. Regressão logística univariada entre a presença de Transtorno alimentar restritivo evitativo e exames bioquímicos.

Tabela 9. Regressão logística univariada entre Transtorno alimentar restritivo evitativo e a avaliação física.

Tabela 10. Regressão logística multivariada entre Transtorno alimentar restritivo evitativo e a avaliação física.

Tabela 11. Resultados das subcategorias e classificação dos questionários IBDq, e do HADS ansiedade e depressão em pacientes com e sem característica de Transtorno alimentar restritivo.

Tabela 12. Correlação entre Pearson entre Transtorno alimentar restritivo e questionário IBDq

Tabela 13. Regressão logística univariada entre Transtorno alimentar restritivo e qualidade de vida.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Classificação índice de massa corporal nos pacientes com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Gráfico 2. Classificação e graduação da desnutrição pelo GLIM em pacientes com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Gráfico 3. Classificação da circunferência da panturrilha em pacientes com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Gráfico 4. Classificação da classificação do estado nutricional segundo a circunferência do braço nos pacientes com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Gráfico 5. Classificação da circunferência muscular do braço nos pacientes com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Gráfico 6. Percentual de perda de peso nos últimos seis meses nos pacientes com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Gráfico 7. Classificação do teste de força de pressão palmar nos pacientes com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Gráfico 8. Consumo de frutas e hortaliças em pacientes com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Gráfico 9. Consumo de leite e derivados em pacientes com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Gráfico 10. Ingestão classificada como “adequada” de outros grupos alimentares em pacientes com e sem características do Transtorno alimentar restritivo evitativo.

Sumário

INTRODUÇÃO	13
OBJETIVOS	18
METODOLOGIA	20
RESULTADOS	30
DISCUSSÃO	50
CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICES	65
ANEXOS	74

1. INTRODUÇÃO

A doença inflamatória intestinal (DII) é um grupo de doenças crônicas, idiopáticas e recidivantes do trato gastrointestinal (TGI), marcadas por períodos de remissão intercalados com exacerbações agudas, sendo representadas principalmente pela doença de Crohn (DC) e retocolite ulcerativa (RCU) (Oligschlaeger et al., 2019; Bischoff et al., 2023).

Estima-se que mais de 5 milhões de pessoas em todo o mundo possuam DII. No Brasil, a prevalência é de 100 indivíduos a cada 100.000 habitantes, principalmente nas áreas mais urbanizadas e desenvolvidas do país (Kaplan et al., 2021; Hracs et al., 2025).

A RCU limita-se a camada mucosa do colón e reto, e pode ser dividida de acordo com sua classificação e extensão. A colite distal é quando a inflamação é limitada ao reto, compreendendo geralmente casos leves e moderados, sendo comum diarreia e dor abdominal. Já a colite do lado esquerdo é distal a flexura esplênica, e ocorrem formas moderadas ou graves da doença, com a presença de inapetência, perda de peso, diarreia e astenia. A pancolite ou colite extensa, é a inflamação contínua desde a flexura esplênica até o reto, sendo bastante presente casos de anorexia, hematoquezia, perda de peso e dor abdominal (Oligschlaeger et al., 2019; Baima et al., 2022; Bischoff et al., 2023).

A DC é caracterizada pela inflamação transmural em qualquer parte do TGI, e pode ser classificada de acordo com a gravidade, extensão e comportamento da doença através de escalas específicas, como a Harvey Bradshaw Index (HBI) e a Crohn's Disease Activity Index (CDAI). Dentre seu comportamento, a DC pode ser estenosante ou penetrante, e a depender da sua extensão e classificação, pode impactar tanto na ingestão alimentar, como na composição corporal e aspectos psicossociais (Oligschlaeger et al., 2019; Imbrizi et al., 2022; Bischoff et al., 2023).

Fatores genéticos, imunológicos, ambientais e alterações na microbiota intestinal podem estar envolvidos no desenvolvimento da DII (Hracs et al., 2025). Embora sua etiopatogenia não seja totalmente conhecida, acredita-se haja relação com a resposta imunomediada de antígenos específicos da microbiota intestinal (Bischoff et al., 2023).

A DII está fortemente associada à disbiose intestinal, um desequilíbrio microbiano caracterizado pelo crescimento excessivo de bactérias patogênicas, como *Clostridium* e *Enterococcus* e redução de bactérias comensais, como *Bacillota* e *Bacteroidota* (Magro et al., 2023; Spiller et al., 2025). Essa diminuição prejudica a modulação das respostas inflamatórias e a produção de ácidos graxos de cadeia

curta (AGCCs). Por outro lado, patógenos oportunistas, incluindo certas espécies de *Pseudomonadota* (anteriormente *Proteobacteria*), proliferam e podem exacerbar condições inflamatórias subjacentes (Alam et al., 2020). A alteração microbiana compromete a integridade da mucosa, aumenta a permeabilidade intestinal e facilita a translocação bacteriana, o que leva à intensa ativação das respostas inflamatórias do hospedeiro, com níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias, como fator de necrose tumoral (TNF- α), e interleucina 6 (IL-6), e à ativação de vias de sinalização inflamatórias, como o fator nuclear kappa B (NF- κ B) (Khan et al., 2019).

O TNF- α é considerado o principal fator de dano intestinal, estimulando macrófagos a produzir citocinas pró-inflamatórias, induzindo apoptose de células epiteliais intestinais e células de Paneth e estimulando a síntese de proteases. Acredita-se que a ruptura das junções de oclusão epiteliais intestinais leva a aumento da permeabilidade intestinal com a consequente translocação de lipopolissacarídeos (LPS) para a circulação sistêmica, tendo uma relação da função da barreira epitelial comprometida em pacientes com DII (Pandey et al., 2024), sendo bastante comum que essa população apresente níveis elevados de citocinas pró-inflamatórias circulantes, como TNF- α , o interferon gama (IFN- γ) e as interleucinas (IL)-1, 2, 6, 12, 21 e 23 (Yue; Xue, 2024). Esse processo inflamatório pode impactar na composição corporal, na ingestão alimentar, bem como na piora dos sintomas da doença.

Sabe-se que a desnutrição pode estar presente tanto na DC como na RCU. De acordo com algumas evidências, a má nutrição pode estar presente em 20 a 70% dos indivíduos diagnosticados com DII. Sua causa pode ser multifatorial resultante do aumento das necessidades nutricionais, perdas gastrointestinais, interações de fármacos-nutrientes e ingestão oral reduzida. Além disso, o grau da atividade, a extensão, e duração da doença, também podem corroborar para um estado nutricional inadequado, perda de massa magra e deficiências nutricionais (Einav et al., 2021; Yelencich et al., 2022; Bischoff et al., 2023).

O estado nutricional bem como a quantidade de massa muscular pode ser influenciada tanto pelo subtipo quanto pela atividade da doença, além de estar relacionada como preditor da resposta ao tratamento e desfechos desfavoráveis (Yang et al., 2025), com taxas de prevalência de depleção muscular variando entre 37% a 65% (Shafiee et al., 2017). Em um estudo realizado por Ryan et al., (2019) observou-se a maior prevalência de sarcopenia em pacientes com DC, além de uma quantidade de massa muscular significativamente menor em pacientes com a DC ativa.

Observa-se que pacientes com DC possuem maior risco nutricional, porém quadro de RCU em atividade de forma crônica ou severa também pode colaborar para piora do estado nutricional. A desnutrição pode propiciar a exacerbação da própria doença, maior tempo de internação, complicações pós-operatórias, e maior risco de infecções (Einav et al., 2021; Bischoff et al., 2023).

O hábito alimentar pode estar envolvido no desencadeamento e/ou sintomatologia, como náuseas, vômitos, dor pós-prandial e desconforto abdominal, promovendo, muitas vezes, uma postura restritiva frente a diversos alimentos, colaborando com a ingestão inadequada dos alimentos e aumento no risco de desnutrição proteico-energético, principalmente, estando associado a redução da massa muscular, imunossupressão, piora da cicatrização e maior tempo de hospitalização (Mijač et al., 2010; Pulley et al., 2019; Yelencich et al., 2022).

Comumente alguns grupos de alimentos são evitados em períodos de atividade da doença, e muitas vezes são mantidos até em momentos de remissão (Day et al., 2021; Karachaliou et al., 2022). Em revisão sistemática conduzida por Lambert et al., (2021) no qual os autores avaliaram a ingestão alimentar de pacientes com DC, observaram consumo reduzido de calorias, proteínas e fibras em relação aos valores de referência. Quando comparado o consumo de determinados grupos alimentares, observaram menor ingestão de laticínios, pães, cereais, frutas e legumes.

Essa postura restritiva pode estar relacionada ao Transtorno Alimentar restritivo/evitativo (TARE) descrito no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5, 2013) como desordem alimentar que pode acometer indivíduos de qualquer idade, no qual, a principal característica é a restrição da ingestão alimentar, o que pode promover ingestão insuficiente de calorias e nutrientes. Além disso, pelo menos um dos aspectos deve estar presente: perda de peso significativa, deficiência nutricional, necessidade de alimentação enteral ou suplementação, ou impacto nos aspectos psicossociais (DSM5, 2013).

Três categorias são descritas no desenvolvimento do TARE: evitação dos alimentos baseados em suas propriedades sensoriais (ditos como “ingestão exigente”, ingestão seletiva, ingestão restritiva); inapetência ou interesse limitado para comer; e evitação ou restrição alimentar relacionadas a situação aversiva, como vômitos ou diarreia, que ocorrem quando há antecipação de alguma memória, ou após a ingestão alimentar, e persistem mesmo após resolução da condição médica (DSM5, 2013). Estudos apontam que as doenças do TGI, como as DII, constituem

um dos principais fatores de risco relacionados ao TARE, tendo como prevalência entre 12 e 21% de pacientes (Zia et al., 2017; Harer et al., 2019; Murray et al., 2019; Day et al., 2021; Yelencich et al., 2022; Kambanis, Thomas, 2023).

Yelencich et al. (2022), observaram que a presença do TARE entre pacientes com DII, mesmo em períodos de remissão clínica, e está associado ao maior risco de desnutrição. Porém, ainda são escassos os estudos que verificaram a presença do TARE e como isso impacta na composição corporal, risco nutricional e qualidade de vida em indivíduos com DII (Harer et al., 2019; Grossberg et al., 2025; Tu et al., 2025). Portanto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a frequência de TARE em pacientes com DII, e como a ingestão restritiva de grupos de alimentos podem impactar tanto no aspecto nutricional, como em aspectos psicossociais como a qualidade de vida.

7. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. [Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.]. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAIMA, J. P.; IMBRIZI, M.; ANDRADE, A. R.; CHEBLI, L. A.; ARGOLLO, M. C.; QUEIROZ, N. S. F.; AZEVEDO, M. F. C.; VIEIRA, A.; COSTA, M. H. M.; FRÓES, R. S. B.; PENNA, F. G. C. E.; QUARESMA, A. B.; DAMIÃO, A. O. M. C.; MORAES, A. C. D. S.; SANTOS, C. H. M. D.; FLORES, C.; ZALTMAN, C.; VILELA, E. G.; MORSOLETO, E.; GONÇALVES FILHO, F. A.; SANTANA, G. O.; ZABOT, G. P.; PARENTE, J. M. L.; SASSAKI, L. Y.; ZERÔNIO, M. A.; MACHADO, M. B.; CASSOL, O. S.; KOTZE, P. G.; PARRA, R. S.; MISZPUTEN, S. J.; COY, C. S. R.; AMBROGINI JUNIOR, O.; CHEBLI, J. M. F.; SAAD-HOSSNE, R. *Second Brazilian consensus on the management of ulcerative colitis in adults: a consensus of the Brazilian Organization for Crohn's Disease and Colitis (GEDIB)*. *Arq Gastroenterol*, v. 59, supl. 1, p. 51-84, 24 mar. 2023. DOI: 10.1590/S0004-2803.2022005S1-03. PMID: 36995889.

BARBOSA-SILVA, T. G.; BIELEMANN, R. M.; GONZALEZ, M. C.; MENEZES, A. M. Prevalence of sarcopenia among community-dwelling elderly of a medium-sized South American city: results of the COMO VAI? study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*, v. 7, n. 2, p. 136-143, maio 2016. DOI: 10.1002/jcsm.12049. PMID: 27493867. PMCID: PMC4864188.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER, C.; GUILLEMIN, F.; FERRAZ, M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, 15 dez. 2000. DOI: 10.1097/00007632-200012150-00014. PMID: 11124735.

BEST, W. R. Predicting the Crohn's disease activity index from the Harvey-Bradshaw Index. *Inflamm Bowel Dis*, v. 12, n. 4, p. 304-310, abr. 2006. DOI: 10.1097/01.MIB.0000215091.77492.2a. PMID: 16633052.

BISCHOFF, S. C.; BAGER, P.; ESCHER, J.; FORBES, A.; HÉBUTERNE, X.; HVAS, C. L.; JOLY, F.; KLEK, S.; KRZANARIC, Z.; OCKENGA, J.; SCHNEIDER, S.; SHAMIR, R.; STARDELOVA, K.; BENDER, D. V.; WIERDSMA, N.; WEIMANN, A. *ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease*. *Clin Nutr*, v. 42, n. 3, p. 352-379, mar. 2023. DOI: 10.1016/j.clnu.2022.12.004. PMID: 36739756.

BLACKBURN, G. L.; BISTRAN, B. R.; MAINI, B. S.; SCHLAMM, H. T.; SMITH, M. F. Nutritional and metabolic assessment of the hospitalized patient. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, v. 1, n. 1, p. 11-22, 1977. DOI: 10.1177/014860717700100101. PMID: 98649.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Guia Alimentar para a População Brasileira*. Brasília: MS, 2014.

CEDERHOLM, T.; JENSEN, G. L.; CORREIA, M. I. T. D.; GONZALEZ, M. C.; FUKUSHIMA, R.; HIGASHIGUCHI, T.; BAPTISTA, G.; BARAZZONI, R.; BLAAUW, R.; COATS, A.; CRIVELLI, A.; EVANS, D. C.; GRAMLICH, L.; FUCHS-TARLOVSKY, V.; KELLER, H.; LLIDO, L.; MALONE, A.; MOGENSEN, K. M.; MORLEY, J. E.; MUSCARITOLI, M.; NYULASI, I.; PIRLICH, M.; PISPRASERT, V.; DE VAN DER SCHUEREN, M. A. E.; SILTHARM, S.; SINGER, P.; TAPPENDEN, K.; VELASCO, N.; WAITZBERG, D.; YAMWONG, P.; YU, J.; VAN GOSSUM, A.; COMPHER, C.; GLIM Core Leadership Committee; GLIM Working Group. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr*, v. 38, n. 1, p. 1-9, fev. 2019. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.002. PMID: 30181091.

CHRISTIAN, K. E.; JAMBAULIKAR, G. D.; HAGAN, M. N.; SYED, A. M.; BRISCOE, J. A.; BROWN, S. A.; CAMPBELL, E. V. 3rd; GADANI, A. B.; CROSS, R. K. Predictors of Early Readmission in Hospitalized Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*,

v. 23, n. 11, p. 1891-1897, nov. 2017. DOI: 10.1097/MIB.0000000000001213. PMID: 28837523.

DAY, A. S.; DAVIS, R.; COSTELLO, S. P.; YAO, C. K.; ANDREWS, J. M.; BRYANT, R. V. The adequacy of habitual dietary fiber intake in individuals with inflammatory bowel disease: a systematic review. *J Acad Nutr Diet*, v. 121, n. 4, p. 688-708.e3, abr. 2021. DOI: 10.1016/j.jand.2020.12.001. PMID: 33485803.

EINAV, L.; HIRSCH, A.; RON, Y.; COHEN, N. A.; LAHAV, S.; KORNBLUM, J.; ANBAR, R.; MAHARSHAK, N.; FLISS-ISAKOV, N. Risk factors for malnutrition among IBD patients. *Nutrients*, v. 13, n. 11, p. 4098, 16 nov. 2021. DOI: 10.3390/nu13114098. PMID: 34836353. PMCID: PMC8622927.

FIORINDI, C.; LUCERI, C.; DRAGONI, G.; PIEMONTE, G.; SCARINGI, S.; STADERINI, F.; NANNONI, A.; FICARI, F.; GIUDICI, F. GLIM criteria for malnutrition in surgical IBD patients: a pilot study. *Nutrients*, v. 12, n. 8, p. 2222, 25 jul. 2020. DOI: 10.3390/nu12082222. PMID: 32722435. PMCID: PMC7469012.

FRISANCHO, A. R. *Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status*. University of Michigan, 1990. 189 p.

GODALA, M.; GASZYŃSKA, E.; DURKO, Ł.; MAŁECKA-WOJCIESKO, E. Dietary behaviors and beliefs in patients with inflammatory bowel disease. *J Clin Med*, v. 12, p. 3455, 2023. DOI: 10.3390/jcm12103455.

GONZALEZ, M. C.; MEHRNEZHAD, A.; RAZAVIARAB, N.; BARBOSA-SILVA, T. G.; HEYMSFIELD, S. B. Calf circumference: cutoff values from the NHANES 1999-2006. *Am J Clin Nutr*, v. 113, n. 6, p. 1679-1687, 1 jun. 2021. DOI: 10.1093/ajcn/nqab029. PMID: 33742191. PMCID: PMC8433492.

GONCALVES, THIAGO & GONÇALVES, SANDRA ELISA & PEREIRA, ANDREA. DIRETRIZ BRASPEN DE TERAPIA NUTRICIONAL NO ENVELHECIMENTO (BRASPEN GUIDELINE ON NUTRITION THERAPY IN AGING). 34. 58-2019.

GONZÁLEZ-MORET, R.; CEBOLLA-MARTÍ, A.; ALMODÓVAR-FERNÁNDEZ, I.; NAVARRETE, J.; GARCÍA-ESPARZA, Á.; SORIA, J. M.; LISÓN, J. F. Inflammatory biomarkers and psychological variables to assess quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a cross-sectional study. *Annals of Medicine*, v. 56, n. 1, 2024. DOI: 10.1080/07853890.2024.2357738.

GROSSBERG, L. B.; MISHRA, K.; RABINOWITZ, L. G.; MECSAS-FAXON, B.; MANDAL, N.; SUSHEELA, A.; NAIK, A.; PATEL, K.; GALLOTTO, M.; GREENWOOD, T.; BURTON MURRAY, H.; PAPAMICHAEL, K.; CHEIFETZ, A. S.; KINSINGER, S. W.; BALLOU, S. A multicenter study to assess avoidant/restrictive food intake disorder in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*, 13 abr. 2025. DOI: 10.1093/ibd/izaf016. PMID: 40222035.

HARER, KIMBERLY & JAGIELSKI, CHRISTINA & CHEY, WILLIAM & RIEHL, MEGAN. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) Among Adult Gastroenterology Behavioral Health Patients: Comparison of ARFID vs. Non-ARFID Patients: 466. *American Journal of Gastroenterology*. 114. S271-S272. 10.14309/01.ajg.0000591396.38756.27. HRACS, L. et al. Global evolution of inflammatory bowel disease across epidemiologic stages. *Nature*, v. 642, n. 8067, p. 458-466, jun. 2025. DOI: 10.1038/s41586-025-08940-0. PMID: 40307548. PMCID: PMC12158780.

IMBRIZI, M.; BAIMA, J. P.; AZEVEDO, M. F. C.; ANDRADE, A. R.; QUEIROZ, N. S. F.; CHEBLI, J. M. F.; CHEBLI, L. A.; ARGOLLO, M. C.; SASSAKI, L. Y.; PARRA, R. S.;

QUARESMA, A. B.; VIEIRA, A.; DAMIÃO, A. O. M. C.; MORAES, A. C. D. S.; FLORES, C.; ZALTMAN, C.; VILELA, E. G.; MORSOLETO, E. M.; GONÇALVES FILHO, F. A.; PENNA, F. G. C. E.; SANTANA, G. O.; ZABOT, G. P.; PARENTE, J. M. L.; COSTA, M. H. M.; ZERÔNIO, M. A.; MACHADO, M. B.; CASSOL, O. S.; KOTZE, P. G.; FRÓES, R. S. B.; MISZPUTEN, S. J.; AMBROGINI JUNIOR, O.; SAAD-HOSSNE, R.; COY, C. S. R. Second Brazilian consensus on the management of Crohn's disease in adults: a consensus of the Brazilian Organization for Crohn's Disease and Colitis (GEDIIB). *Arq Gastroenterol*, v. 59, supl. 1, p. 20-50, 24 mar. 2023. DOI: 10.1590/S0004-2803.2022005S1-02. PMID: 36995888.

KAMBANIS, P. E.; THOMAS, J. J. Assessment and treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep*, v. 25, n. 2, p. 53-64, fev. 2023. DOI: 10.1007/s11920-022-01404-6. PMID: 36640211. PMCID: PMC10211369.

KAPLAN, G. G.; WINDSOR, J. W. The four epidemiological stages in the global evolution of inflammatory bowel disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, v. 18, n. 1, p. 56-66, jan. 2021. DOI: 10.1038/s41575-020-00360-x. PMID: 33033392. PMCID: PMC7542092.

KARACHALIOU, A.; YANNAKOULIA, M.; BLETSA, M.; MANTZARIS, G. J.; ARCHAVLIS, E.; KARAMPEKOS, G.; TZOUVALA, M.; BAMIAS, G.; KOKKOTIS, G.; KONTOGIANNI, M. D. Assessment of dietary adequacy and quality in a sample of patients with Crohn's disease. *Nutrients*, v. 14, n. 24, p. 5254, 9 dez. 2022. DOI: 10.3390/nu14245254. PMID: 36558412. PMCID: PMC9780994.

KHAN, I. et al. Alteration of gut microbiota in inflammatory bowel disease (IBD): cause or consequence? IBD treatment targeting the gut microbiome. *Pathogens*, v. 8, n. 3, p. 126, 13 ago. 2019.

LAMBERT, K.; PAPPAS, D.; MIGLIORETTO, C.; JAVADPOUR, A.; REVELEY, H.; FRANK, L.; GRIMM, M. C.; SAMOCHA-BONET, D.; HOLD, G. L. Systematic review with meta-analysis: dietary intake in adults with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*, v. 54, n. 6, p. 742-754, set. 2021. DOI: 10.1111/apt.16549. PMID: 34323292.

LEVINE, A.; RHODES, J. M.; LINDSAY, J. O.; ABREU, M. T.; KAMM, M. A.; et al. Dietary guidance from the International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, v. 18, p. 1381-1392, 2020.

LEWIS, J. D.; CHUAI, S.; NESSEL, L.; LICHTENSTEIN, G. R.; ABERRA, F. N.; ELLENBERG, J. H. Use of the noninvasive components of the Mayo score to assess clinical response in ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis*, v. 14, n. 12, p. 1660-1666, dez. 2008. DOI: 10.1002/ibd.20520. PMID: 18623174. PMCID: PMC2597552.

LIMDI, J. K.; AGGARWAL, D.; MCCLAUGHLIN, J. T. Dietary practices and beliefs in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*, v. 22, n. 1, p. 164-170, jan. 2016. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000585. PMID: 26383912.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*, v. 21, n. 1, p. 55-67, mar. 1994. PMID: 8197257.

LOUZADA, M. L. DA C.; GABE, K. T. Nova food classification system: a contribution from Brazilian epidemiology. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 28, p. e250027, 2021.

MAGRO, F.; PAI, R. K.; KOBAYASHI, T.; JAIRATH, V.; RIEDER, F.; REDONDO, I.; LISSOOS, T.; MORRIS, N.; SHAN, M.; PARK, M.; PEYRIN-BIROULET, L. Resolving histological inflammation in ulcerative colitis with Mirikizumab in the LUCENT induction and maintenance trial programmes. *J Crohns Colitis*, v. 17, n. 9, p. 1457-1470, 20 out. 2023. DOI: 10.1093/ecco-jcc/ijad050. PMID: 37057827. PMCID: PMC10588772.

MANTOVANI, L. M.; VIEBIG, R. F.; MARIMOTO, J. M. Associação entre estado nutricional e vulnerabilidade em idosos institucionalizados. *BRASPEN J*, v. 33, n. 2, p. 181-187, 2018.

MICHOPOULOS, I.; DOUZENIS, A.; KALKAVOURA, C.; CHRISTODOULOU, C.; MICHALOPOULOU, P.; KALEMI, G.; FINETI, K.; PATAPIS, P.; PROTOPAPAS, K.; LYKOURAS, L. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Ann Gen Psychiatry*, v. 7, p. 4, 6 mar. 2008. DOI: 10.1186/1744-859X-7-4. PMID: 18325093. PMCID: PMC2276214.

MIJAC, D. D.; JANKOVIĆ, G. L.; JORGA, J.; KRSTIĆ, M. N. Nutritional status in patients with active inflammatory bowel disease: prevalence of malnutrition and methods for routine nutritional assessment. *Eur J Intern Med*, v. 21, n. 4, p. 315-319, ago. 2010. DOI: 10.1016/j.ejim.2010.04.012. PMID: 20603043.

MURRAY, H. B.; BAILEY, A. P.; KESHISHIAN, A. C.; SILVERNALE, C. J.; STALLER, K.; EDDY, K. T.; THOMAS, J. J. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in adult neurogastroenterology patients. *Clin Gastroenterol Hepatol*, v. 18, n. 9, p. 1995-2002.e1, ago. 2020. DOI: 10.1016/j.cgh.2019.10.030. PMID: 31669056.

OLIGSCHLAEGER, Y.; YADATI, T.; HOUBEN, T.; CONDELLO OLIVÁN, C. M.; SHIRI-SVERDLOV, R. Inflammatory bowel disease: a stressed "gut/feeling". *Cells*, v. 8, p. 659, 2019. DOI: 10.3390/cells8070659.

PANDEY, H.; JAIN, D.; TANG, D. W. T.; WONG, S. H.; LAL, D. Gut microbiota in pathophysiology, diagnosis, and therapeutics of inflammatory bowel disease. *Intest Res*, v. 22, n. 1, p. 15-43, jan. 2024. DOI: 10.5217/ir.2023.00080. PMID: 37935653. PMCID: PMC10850697.

PETERS, J. E.; BASNAYAKE, C.; HEBBARD, G. S.; SALZBERG, M. R.; KAMM, M. A. Prevalence of disordered eating in adults with gastrointestinal disorders: a systematic review. *Neurogastroenterol Motil*, v. 34, n. 8, p. e14278, ago. 2022. DOI: 10.1111/nmo.14278. PMID: 34618988.

PONTES, R. M.; MISZPUTEN, S. J.; FERREIRA-FILHO, O. F.; MIRANDA, C.; FERRAZ, M. B. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ). *Arq Gastroenterol*, v. 41, n. 2, p. 137-143, abr.-jun. 2004. DOI: 10.1590/s0004-28032004000200014. PMID: 15543390.

PRADO, C. M.; LANDI, F.; CHEW, S. T. H.; ATHERTON, P. J.; MOLINGER, J.; RUCK, T.; GONZALEZ, M. C. Advances in muscle health and nutrition: a toolkit for healthcare professionals. *Clin Nutr*, v. 41, n. 10, p. 2244-2263, out. 2022. DOI: 10.1016/j.clnu.2022.07.041. PMID: 36081299.

PULLEY, J.; TODD, A.; FLATLEY, C.; BEGUN, J. Malnutrition and quality of life among adult inflammatory bowel disease patients. *JGH Open*, v. 4, n. 3, p. 454-460, 14 nov. 2019. DOI: 10.1002/jgh3.12278. PMID: 32514453. PMCID: PMC7273715.

REINER, J.; KOCH, K.; WOITALLA, J.; HUTH, A.; BANNERT, K.; SAUTTER, L.; JASTER, R.; WITTE, M.; LAMPRECHT, G.; SCHÄFFLER, H. Body impedance analysis to estimate malnutrition in inflammatory bowel disease patients – a cross-sectional study. *J Dig Dis*, v. 23, n. 12, p. 687-694, dez. 2022. DOI: 10.1111/1751-2980.13155. PMID: 36710370.

ROBELIN, K.; SENADA, P.; GHOZ, H.; SIM, L.; LEBOW, J.; PICCO, M.; CANGEMI, J.; FARRAYE, F. A.; WERLANG, M. Prevalence and clinician recognition of avoidant/restrictive

food intake disorder in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*, v. 17, n. 11, p. 510-514, nov. 2021. PMID: 35466311. PMCID: PMC9021160.

ROSSI, L.; CARUSO, L.; GALANTE, A. P. Avaliação Nutricional – Novas perspectivas. Capítulo Edit. ROCA. 2010.

RYAN, E.; MCNICHOLAS, D.; CREAVIN, B.; KELLY, M. E.; WALSH, T.; BEDDY, D. Sarcopenia and inflammatory bowel disease: a systematic review. *Inflamm Bowel Dis*, v. 25, n. 1, p. 67-73, jan. 2019. DOI: 10.1093/ibd/izy212. PMID: 29889230.

SATSANGI, J.; SILVERBERG, M. S.; VERMEIRE, S.; COLOMBEL, J. F. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut*, v. 55, n. 6, p. 749-753, jun. 2006. DOI: 10.1136/gut.2005.082909. PMID: 16698746. PMCID: PMC1856208.

SHAFIEE, G.; KESHTKAR, A.; SOLTANI, A.; AHADI, Z.; LARIJANI, B.; HESHMAT, R. Prevalence of sarcopenia in the world: a systematic review and meta-analysis of general population studies. *J Diabetes Metab Disord*, v. 16, p. 21, 16 mai. 2017. DOI: 10.1186/s40200-017-0302-x. PMID: 28523252. PMCID: PMC5434551.

SILVERBERG, M. S.; SATSANGI, J.; AHMAD, T.; ARNOTT, I. D.; BERNSTEIN, C. N.; BRANT, S. R.; CAPRILLI, R.; COLOMBEL, J. F.; GASCHÉ, C.; GEBOES, K.; JEWELL, D. P.; KARBAN, A.; LOFTUS, E. V. Jr; PEÑA, A. S.; RIDDELL, R. H.; SACHAR, D. B.; SCHREIBER, S.; STEINHART, A. H.; TARGAN, S. R.; VERMEIRE, S.; WARREN, B. F. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol*, v. 19, Suppl. A, p. 5A-36A, set. 2005. DOI: 10.1155/2005/269076. PMID: 16151544.

SIMONS, M.; ISSOKSON, K. From Food Fears to Food Freedom: How Do We Best Manage Restrictive Eating in Inflammatory Bowel Disease? *Crohns Colitis* 360, v. 7, n. 2, out019, 14 abr. 2025. DOI: 10.1093/crocol/otaf019. PMID: 40290581. PMCID: PMC12022839.

SPILLER, A. L.; COSTA, B. G. D.; YOSHIHARA, R. N. Y.; NOGUEIRA, E. J. Z.; CASTELHANO, N. S.; SANTOS, A.; BRUSCO DE FREITAS, M.; MAGRO, D. O.; YUKIE SASSAKI, L. Ultra-processed foods, gut microbiota, and inflammatory bowel disease: a critical review of emerging evidence. *Nutrients*, v. 17, n. 16, p. 2677, 19 ago. 2025. DOI: 10.3390/nu17162677. PMID: 40871705. PMCID: PMC12389707.

TU, W.; LI, Y.; YIN, T.; ZHANG, S.; ZHANG, P.; XU, G. Association between avoidant/restrictive food intake disorder risk, dietary attitudes and behaviors among Chinese patients with inflammatory bowel disease: a cross-sectional study. *BMC Gastroenterol*, v. 25, n. 1, p. 144, 6 mar. 2025. DOI: 10.1186/s12876-025-03727-z. PMID: 40050745. PMCID: PMC11884124.

WANG, M.; GUO, Q.; LIU, H.; LIU, M.; TANG, C.; WU, J.; FENG, G.; WU, W. GLIM criteria using NRS-2002 and MUST as the first step adequately diagnose the malnutrition in Crohn's disease inpatients: a retrospective study. *Front Nutr*, v. 9, p. 1059191, 11 jan. 2023. DOI: 10.3389/fnut.2022.1059191. PMID: 36712517. PMCID: PMC9874672.

WHELAN, K.; MURRELLS, T.; MORGAN, M.; CUMMINGS, F.; STANSFIELD, C.; TODD, A.; SEBASTIAN, S.; LOBO, A.; LOMER, M. C. E.; LINDSAY, J. O.; CZUBER-DOCHAN, W. Food-related quality of life is impaired in inflammatory bowel disease and associated with reduced intake of key nutrients. *Am J Clin Nutr*, v. 113, n. 4, p. 832-844, 6 abr. 2021. DOI: 10.1093/ajcn/nqaa395. PMID: 33677550.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation*. Geneva: World Health Organization, 1998.

YANG, W.; SI, S. C.; WANG, W. H.; LI, J.; MA, Y. X.; ZHAO, H.; LIU, J. Gut dysbiosis in primary sarcopenia: potential mechanisms and implications for novel microbiome-based therapeutic strategies. *Front Microbiol*, v. 16, p. 1526764, 28 jan. 2025. DOI: 10.3389/fmicb.2025.1526764. PMID: 39935646. PMCID: PMC11810907.

YELENCICH, E.; TRUONG, E.; WIDAMAN, A. M.; PIGNOTTI, G.; YANG, L.; JEON, Y.; WEBER, A. T.; SHAH, R.; SMITH, J.; SAUK, J. S.; LIMKETKAI, B. N. Avoidant restrictive food intake disorder prevalent among patients with inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*, v. 20, n. 6, p. 1282-1289.e1, jun. 2022. DOI: 10.1016/j.cgh.2021.08.009. Epub 11 ago. 2021. PMID: 34389486.

YIN, T.; TU, W.; LI, Y.; YANG, M.; HUANG, L.; ZHANG, S.; XU, G. Risk of avoidant/restrictive food intake disorder in patients with inflammatory bowel disease: predictive value of disease phenotype, disease activity and food literacy. *J Eat Disord*, v. 11, n. 1, p. 211, 28 nov. 2023. DOI: 10.1186/s40337-023-00936-3. PMID: 38017504. PMCID: PMC10685684.

YUE, C.; XUE, H. Identification and immune landscape of sarcopenia-related molecular clusters in inflammatory bowel disease by machine learning and integrated bioinformatics. *Sci Rep*, v. 14, n. 1, p. 17603, 30 jul. 2024. DOI: 10.1038/s41598-024-68198-w. PMID: 39079987. PMCID: PMC11289443.

ZIA, J. K.; RIDDLE, M.; DECOU, C. R. Prevalence of eating disorders, especially DSM-5's avoidant restrictive food intake disorder, in patients with functional gastrointestinal disorders: a cross-sectional online survey. *Gastroenterology*, v. 152, p. S715–S716, 2017.

ZICKGRAF, H. F.; ELLIS, J. M. Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): a measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*, v. 123, p. 32-42, 1 abr. 2018. DOI: 10.1016/j.appet.2017.11.111. Epub 5 dez. 2017. PMID: 29208483.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, v. 67, n. 6, p. 361-370, jun. 1983. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. PMID: 6880820.