

Perspectiva atual do transtorno alimentar restritivo/evitativo em crianças

Current perspective on the avoidant/restrictive food intake disorder in children

Perspectiva actual sobre el trastorno alimentario restrictivo/evitante en niños

DOI:10.34119/bjhrv7n2-363

Originals received: 03/15/2024

Acceptance for publication: 04/01/2024

Lamys Fernandes Kozak

Graduanda em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: lamyskozak8@gmail.com

Lorena Luiza Fernandes Oliveira

Graduada em Medicina

Instituição: Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: lorena.luiza@gmail.com

Lizete Conceição de Souza Silveira

Graduada em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Brasília (CEUB)

Endereço: Brasília, Distrito Federal, Brasil

E-mail: lizete.silveira@ceub.edu.br

RESUMO

O Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE) foi recentemente introduzido nos estudos psiquiátricos para substituir a nomenclatura de Transtorno Alimentar da Infância e da Primeira Infância. O objetivo deste artigo é sumarizar as informações atuais relacionadas ao Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE) na população pediátrica. Foi realizada pesquisa de artigos científicos nas bases de dados PubMed/MedLine, Bireme/BVS, SciELO, ResearchGate e incluídos artigos relacionados ao tema na população pediátrica nos últimos vinte anos, e excluídos os estudos que abordassem doenças crônicas, obesidade ou que se restringem a anorexia ou bulimia nervosa, também, aqueles que se referirem a antiga definição de transtornos alimentares da primeira infância. A partir da revisão dos estudos, foi observado que os Transtornos Alimentares (TA) são considerados uma desordem de origem mental complexa, que podem evoluir com complicações metabólicas importantes. O diagnóstico do TARE é relativamente novo, porém trata-se de um problema antigo e enfrentado por diversas famílias. O diagnóstico é dependente de informações provenientes dos cuidadores, avaliação minuciosa dos pacientes e acompanhamento rigoroso das famílias. As crianças acometidas apresentam mais frequentemente associação com outras comorbidades psiquiátricas como transtorno de ansiedade generalizada, transtornos depressivos, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno do espectro do autismo e podem manter o transtorno até a vida adulta.

O manejo da doença é multidisciplinar e essencialmente clínico, é necessário agregar os cuidados de médicos, nutricionistas e psicólogos.

Palavras-chave: pediatria, seletividade alimentar, transtorno da evitação ou restrição da ingestão de alimentos.

ABSTRACT

Restrictive/Avoidant Eating Disorder (REED) was recently introduced into psychiatric studies to replace the nomenclature of Infancy and Early Childhood Eating Disorder. The purpose of this article is to summarize current information related to Restrictive/Avoidant Eating Disorder (REED) in the pediatric population. A search for scientific articles was carried out in the PubMed/MedLine, Bireme/BVS, SciELO and ResearchGate databases and included articles related to the topic in the pediatric population in the last twenty years, and studies that address chronic diseases, obesity or that restrict anorexia or bulimia were excluded. nervous, also, those that refer to the old definition of early childhood eating disorders. From the review of studies, it was observed that Eating Disorders (ED) are considered a disorder of complex mental origin, which can evolve with important metabolic complications. The TARE diagnosis is relatively new, but it is an old problem faced by many families. The diagnosis depends on information from caregivers, thorough assessment of patients and strict monitoring of families. Affected children are more frequently associated with other psychiatric comorbidities such as generalized anxiety disorder, depressive disorders, attention deficit hyperactivity disorder, autism spectrum disorder and may maintain the disorder into adulthood. The management of the disease is multidisciplinary and essentially clinical, it is necessary to combine the care of doctors, nutritionists and psychologists.

Keywords: pediatrics, food fussiness, avoidant restrictive food intake disorder.

RESUMEN

El trastorno alimentario restrictivo/evitante (REED) se introdujo recientemente en los estudios psiquiátricos para reemplazar la nomenclatura de trastorno alimentario de la infancia y la primera infancia. El propósito de este artículo es resumir la información actual relacionada con el trastorno alimentario restrictivo/evitante (REED) en la población pediátrica. Se realizó una búsqueda de artículos científicos en las bases de datos PubMed/MedLine, Bireme/BVS, SciELO y ResearchGate e incluyó artículos relacionados con el tema en población pediátrica en los últimos veinte años, y estudios que aborden enfermedades crónicas, obesidad o que restrinjan la anorexia o Se excluyeron las bulimias nerviosas, además, aquellas que hacen referencia a la antigua definición de trastornos alimentarios de la primera infancia. De la revisión de estudios, se observó que los Trastornos de la Alimentación (TAC) son considerados un trastorno de origen mental complejo, que puede evolucionar con importantes complicaciones metabólicas. El diagnóstico TARE es relativamente nuevo, pero es un viejo problema al que se enfrentan muchas familias. El diagnóstico depende de la información de los cuidadores, una evaluación exhaustiva de los pacientes y un seguimiento estricto de las familias. Los niños afectados se asocian con mayor frecuencia con otras comorbilidades psiquiátricas, como el trastorno de ansiedad generalizada, los trastornos depresivos, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno del espectro autista, y pueden mantener el trastorno hasta la edad adulta. El manejo de la enfermedad es multidisciplinario y esencialmente clínico, es necesario combinar la atención de médicos, nutricionistas y psicólogos.

Palabras clave: pediatría, irritabilidad alimentaria, trastorno de la ingesta alimentaria evitativa/restrictiva.

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TA) são considerados uma desordem de origem mental complexa, associada a fatores biológicos, genéticos, psicológicos e sociais tornando, assim, o tema relevante^{1,2,3}.

O Transtorno Alimentar Restritivo/ Evitativo (TARE) foi recentemente descrito no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM 5) em 2013, como um transtorno alimentar caracterizado pelo fracasso persistente em satisfazer as necessidades nutricionais e/ou energéticas⁴. Esse conceito trouxe a substituição e ampliação do antigo transtorno da alimentação da primeira infância, pois o mesmo apresentava limitações, como a restrição da idade até seis anos e mantinha o foco na perda de peso e dificuldade de interação da criança com o seu cuidador^{5,6,7,8}.

Atualmente sabe-se que está principalmente relacionado a sintomas de evitação e alimentação restritiva motivada pela sensibilidade às características sensoriais dos alimentos, medo de consequências traumáticas relacionadas à alimentação ou falta de interesse em comer ou na comida. Não apresenta relação à perda de peso intencional, comportamentos de dieta ou distúrbios da imagem corporal⁹. Ainda, os critérios abrangem que o comportamento de restrição ou evitação alimentar gera consequências, sendo elas a perda de peso, déficit no crescimento, deficiência de nutrientes, necessidade de suplementos nutricionais, necessidade de alimentação por sonda ou comprometimento psicossocial⁹.

Os dados epidemiológicos ainda são pobres, devido ao fato deste ser um diagnóstico relativamente recente^{7,10,11}. Sabe-se que o TARE é inicialmente observado na infância, mas está presente em crianças, adolescentes e até adultos. Estudos norte-americanos mostram que cerca de 25% das crianças apresentam algum transtorno alimentar¹², e também mostram que 45% dos pais ou cuidadores desejam mudar o hábito alimentar do seu filho¹³.

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

- 1- Os que não comem o suficiente e demonstram pouco interesse na alimentação. Esses pacientes não aparentam motivos para a recusa alimentar, contudo, apresentam padrão evitativo e com pouca variedade alimentar. Consequentemente podem apresentar baixo peso¹⁴.
- 2- Os que apresentam restrições relacionadas a características sensoriais dos alimentos. Nesse grupo de pacientes, evitam devido a cor, textura, sabor ou cheiro do alimento¹⁵.
- 3- Os que a recusa alimentar existe devido a experiências traumáticas prévias. É importante ressaltar que os três perfis podem estar presentes em um mesmo indivíduo¹⁶.

Observa-se a importância do reconhecimento do quadro precocemente e instituição de intervenção apropriada, pois a alimentação balanceada nos primeiros anos de vida é essencial para um bom crescimento e desenvolvimento e para a formação dos hábitos alimentares durante toda a vida^{17,18,19}. Os estudos mostram que os pacientes que se submetem a privação alimentar podem evoluir com algum déficit da função cognitiva^{17,18,19}.

2 METODOLOGIA

Para analisar a produção científica acerca do Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo em Crianças realizou-se uma revisão narrativa da Literatura. Para esta revisão foi realizada pesquisa de estudos publicados nos últimos vinte anos. As bases de dados incluídas foram PubMed/MedLine, Bireme/BVS, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e ResearchGate. A coleta de dados eletrônica ocorreu durante o período de outubro de 2023 a janeiro de 2024, com os seguintes descritores e suas combinações em língua portuguesa e inglesa: ingestão alimentar evitativa/restritiva, TARE, distúrbios alimentares, alimentação, DSM 5, pediátrico e crianças. O enfoque da busca permaneceu na perspectiva atual do Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo, sua abordagem diagnóstica e manejo na população pediátrica. Nesta pesquisa, foram selecionados os estudos relacionados aos transtornos alimentares presentes na população pediátrica na ausência de doenças crônicas, assim como a abordagem familiar no diagnóstico e tratamento. Por se tratar de um diagnóstico novo, o tema não possui vasta gama de estudos disponíveis. Foram excluídos artigos que abordassem apenas anorexia ou bulimia, também, os estudos relacionados à obesidade, assim como os que restringiam-se a complicações ou as antigas definições. Desta forma, ao final, 53 trabalhos foram selecionados adequadamente para serem o embasamento desta pesquisa.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O transtorno alimentar restritivo/evitativo foi criado para englobar os pacientes que sofriam com perturbações alimentares, que gerassem perda nutricional, porém sem o componente de distorção da imagem corporal ou preocupação com o peso². Diferentemente do que é visto na anorexia e bulimia, no TARE os pacientes podem expressar o desejo de ganhar peso, mas simplesmente não conseguem tomar as atitudes corretas^{6,20}.

Para seu diagnóstico é importante a observação de alguns critérios, sendo eles: a falta de interesse na alimentação (Critério A), manifestada pelo fracasso em atingir metas nutricionais ou energéticas apropriadas^{21,22}.

Associados a este critério devem-se preencher um ou mais aspectos chave: perda de peso significativa ou não ganho de peso adequado na população pediátrica²³, impacto significativo em necessidades nutricionais, dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais ou interferência marcante no funcionamento psicossocial do paciente, para que se apresente a suspeita do transtorno^{24,25,26}. Contudo a perturbação alimentar não pode ser explicada por fatores culturais ou religiosos ou por indisponibilidade de alimento (Critério B)²⁷.

Assim como devem ser excluídos os casos de anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN), que se apresentam como diagnóstico diferencial. Pacientes acometidos pelo TARE não possuem preocupação excessiva com peso ou imagem corporal (Critério C)^{10,28}. A restrição alimentar não deve ser explicada por outras condições médicas que possam complicar a alimentação, como por exemplo pacientes que passam por quimioterapia, ou que se encontram em estado pós cirúrgico, dentre outros (Critério D)⁶.

O diagnóstico de TARE requer que a alteração alimentar seja o foco principal para intervenção¹⁰. Além disso, estes critérios podem não ser preenchidos por tempo sustentado e tornam o diagnóstico em remissão²⁴. Contudo, os estudos evidenciam que o diagnóstico do transtorno alimentar restritivo/evitativo, pode se iniciar no início da introdução alimentar e acompanhar o paciente por toda a vida, mesmo que com momentos de melhora^{7,29}. Os critérios diagnósticos devem ser atualizados novamente no futuro, para que possa englobar uma maior gama de pacientes³⁰.

Como os critérios diagnósticos existem a relativamente pouco tempo, a prevalência do TARE é pouco estudada, assim como sua etiologia, mas os achados atuais sugerem que os pacientes com esse transtorno tendem a ser mais jovens que os pacientes anoréxicos ou bulímicos⁷ e com maior presença nos meninos^{31, 32}. Atualmente, alguns estudos também analisam a presença de fatores pré - natais na etiologia dos transtornos alimentares³³.

Os primeiros a notar os sinais da perturbação alimentar são os pais³⁴, sendo que a mãe tem papel principal na etapa de introdução alimentar do lactente, por isso a depressão e ansiedade maternas são fatores de risco para a seletividade alimentar futura¹².

De acordo com o estudo de Cooney (2018) realizado com 28 pacientes internados em um hospital terciário para tratamento de TARE, analisou a prevalência das principais características apresentadas nesse grupo. Dessa forma, foi visto que 64,5% dos pacientes eram do sexo feminino e de idade média de 13 anos. Os pacientes já apresentavam a doença antes do

diagnóstico durante uma média de 28 meses. Os resultados obtidos mostram que 96,4% dos pacientes apresentaram perda de peso ou falha em alcançar o ganho de peso adequado e apenas 3,6% apresentaram dependência de suplementos nutricionais. Além disso, os principais sintomas relatados nos questionários foram progressiva diminuição dos tamanhos das porções nas refeições (96,4%); gatilho para perturbação alimentar como bullying, morte de membro familiar (71,4%); rejeição de alimentos específicos (64,3%) e histórico de náuseas (60%)³⁵.

A forma de introdução alimentar segue um padrão adotado pelos pais e são conhecidos os diferentes perfis de cuidadores nesse processo, dentre eles: aqueles que sabem respeitar a fome e saciedade da criança; ou os controladores, que podem gerar estresse para os filhos durante as refeições³⁶; os pais indulgentes, que se preocupam em apenas agradar as criança e assim as necessidades nutricionais não são levadas em consideração³ e finalmente os pais negligentes: os quais não promovem o estímulo necessário para o desenvolvimento de hábitos alimentares adequados^{8,27}. Estes perfis são influenciados também por fatores culturais e pode existir certa resistência por parte dos pais em aceitar o diagnóstico de seus filhos, devido ao preconceito cultural com as doenças mentais³⁷.

Para os cuidadores, o sucesso parental pode ser medido pela boa capacidade de alimentar sua cria³⁸, por isso as perturbações alimentares são umas das primeiras preocupações que os pais apresentam³⁹. Esta preocupação pode acabar se transformando em estresse durante as refeições e estudos demonstram que esse estresse pode acabar resultando em uma relação negativa com os alimentos⁴⁰. Apesar de ainda pouco estudado, o problema é frequente, um estudo mostra que os pais de todo o mundo têm a percepção de dificuldades alimentares e, quando questionados, mais de 50% das mães afirmaram que pelo menos um de seus filhos "come mal"²⁷.

Quando o pediatra notar que a criança apresenta seletividade alimentar deve avaliar o estado nutricional, velocidade de crescimento e a presença de outras doenças¹², pois a triagem precoce pode encurtar o tempo de detecção e melhorar o prognóstico⁴¹. Estão sendo desenvolvidos questionários quantitativos e qualitativos para auxílio no diagnóstico de TARE, porém ainda não há consenso^{13,17,42}.

Em casos de início precoce de seletividade alimentar é imprescindível o acompanhamento do paciente com maior atenção a sinais de transtorno do espectro autista, ansiedade e hiperatividade que podem existir de forma subjacente⁴³. Faz-se necessária, também, avaliação da deglutição, a fim de excluir causas orgânicas¹⁶. Levantar a suspeita de TARE é essencial, pois a percepção do diagnóstico pode ser sutil, como exemplificado no caso de um adolescente do sexo masculino com peso adequado, porém apresentando com deficiências de

vitamina A, E, B12, D, K e folato, bem como a degeneração da medula espinal secundária à sua dieta significativamente restrita⁴⁴.

A seletividade no momento da alimentação pode ocorrer de forma leve a severa⁴⁵. Os casos leves, englobam restrições sensoriais para poucos grupos alimentares, apesar disso podem evoluir com repercussões a longo prazo, porém faltam estudos longitudinais que descrevam o futuro dos pacientes com TARE⁴⁶. Os pacientes com quadros severos de recusa alimentar representam apenas 5% da população acometida^{13,42}. Os casos mais severos podem ser associados a pacientes com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor ou comorbidades crônicas^{15, 47}.

Em alguns casos, após repetidas falhas nas tentativas de ganho de peso, as crianças podem necessitar de dieta enteral⁴⁸. Contudo, existe uma tendência à dependência da dieta por via enteral nestes pacientes, o que deve ser prevenido e desencorajado²⁹. As sequelas encontradas em estudos retrospectivos relacionadas a má nutrição nos pacientes com TARE foram: amenorreia, anormalidades hidroeletrólíticas, bradicardia, intervalo QT prolongado, deficiência de vitaminas e minerais, crescimento linear ruim e dependência de alimentação por sonda ou suplementos⁴⁶. Existem casos já descritos, como o de um adolescente desnutrido, apresentando perda da visão como consequência do TARE, porém a literatura carece de dados retrospectivos para análise⁴⁹.

Após constatado o diagnóstico é necessário criar um plano de tratamento que deve incluir a orientação familiar em primeiro lugar, pois são eles os maiores responsáveis pelos bons resultados. Além disso, um plano alimentar inicialmente baseado nas preferências da criança e avaliação da necessidade de suplementação nutricional desse paciente⁵⁰.

O arsenal terapêutico no quadro de TARE apresenta seu principal componente sendo a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) incluindo o tratamento familiar, treinamento dos pais, abordagens a realimentação hospitalar (quando necessário), incluindo alimentação por sonda e farmacoterapia adjuvante.

A Terapia Cognitiva Comportamental é comprovada pelos estudos como positiva para os pacientes com TARE, pois a mesma irá auxiliar os pais a uma boa construção de hábitos alimentares reforçando positivamente bons comportamentos e desestimulando as restrições, a fim de que a criança consiga aceitar, ainda que parcialmente, grupos alimentares que antes eram evitados^{9,10,18,42}.

Em relação a Terapia Cognitivo Comportamental, juntamente com o papel dos pais e familiares tem-se o exercício de apoiar seus filhos no aumento não apenas do volume alimentar, mas também da variedade dietética através da exposição repetida a novos alimentos⁹. Sobre o

papel do próprio paciente na terapia, eles serão treinados a exercer alimentação regular, realizar o automonitoramento da ingestão de alimentos, realizar a exposição a novos alimentos, prevenção de respostas negativas e técnicas de relaxamento. No estudo de Cooney (2018), um menino de 16 anos conseguiu aumentar significativamente seu consumo de proteínas, frutas e vegetais e diminuir sua angústia relacionada à alimentação após 11 sessões de TCC complementadas com intervenções de refeições em casa, nas quais sua mãe reforçou o consumo de novos alimentos³⁵.

Um estudo da faculdade de Boston, realizou um protocolo composto por quatro etapas para a Terapia cognitivo comportamental de TARE. Esse protocolo foi desenvolvido para durar de 20 a 30 sessões entre 6 a 12 meses e pode ser aplicado para pacientes até os 16 anos de idade. No Estágio 1, o terapeuta realiza a psicoeducação sobre o TARE, incentiva o paciente a estabelecer um padrão de alimentação regular e o automonitoramento e começa a introduzir pequenas variações na apresentação de alimentos e/ou reintroduzir alimentos previamente descartados. Para pacientes com baixo peso, é solicitado, juntamente com a família, que aumentem a ingestão em pelo menos 500 calorias por dia. No Estágio 2, o terapeuta realiza psicoeducação sobre deficiências nutricionais e continua o processo de novas frutas, vegetais, proteínas, laticínios e grãos. No Estágio 3, realiza-se a manutenção da resolução de deficiências, incentiva o ganho de peso e/ou trabalha as deficiências psicossocial. Também, é nesse momento que o terapeuta analisa os aspectos mais importantes de serem trabalhados nesse paciente para manutenção do tratamento. Por fim, no Estágio 4, o terapeuta apoia o paciente na avaliação do progresso, na co-criação de um plano de prevenção de recaídas e na definição de metas para o futuro⁹.

No entanto, existem pacientes que estão abaixo do peso e que necessitam de intervenção aguda, sendo a alimentação por sonda uma opção. Sendo assim, dois estudos relataram que os pacientes com TARE são mais propensos do que aqueles com outros transtornos alimentares a precisarem de alimentação por sonda durante a hospitalização. Além disso, existe uma linha tênue que divide o benefício do uso de sonda e essa medida se caracterizar como iatrogênia³⁵.

Muitas famílias expressam o desejo por um tratamento farmacológico, porém as suplementações nutricionais com orexígenos ou vitaminas orais não apresentam benefício se não forem associadas a mudanças comportamentais familiares. No Brasil, cerca de 4,3% da população já fez uso de algum orexígeno¹². Os principais medicamentos usados são anti-histamínicos (ciproheptadina e buclizina) e há resultados positivos no ganho de peso e apetite^{12,51}.

Está sendo estudada a abordagem farmacológica com Olanzapina, um antipsicótico atípico que tem como efeito colateral o aumento do apetite, e a Mirtazapina, um antidepressivo atípico, que também apresenta o mesmo efeito colateral citado³⁵. As medicações têm se mostrado efetivas, porém carecem de maiores evidências científicas para embasar a prescrição⁵².

Idealmente os pacientes portadores do Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo deveriam ser tratados em um centro de referência em transtornos alimentares e acompanhados por pediatra, psiquiatra, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional⁵³. Dessa forma, após a análise e discussão sobre o TARE percebe-se a necessidade de novas pesquisas sobre sua epidemiologia, quadro clínico detalhado e tratamento. Os dados atualmente disponíveis são limitados.

4 CONCLUSÃO

Os transtornos alimentares são entidades comuns de se apresentarem na vida de crianças e adolescentes. Dessa forma, os sinais do Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo devem ser lembrados pelo pediatra desde o início da introdução alimentar, para que possa ser conduzida uma boa comunicação com os pais e cuidadores a fim de aprimorar a relação da criança com os alimentos e otimizar a forma de oferta e alimentação exercida pelos pais. Contudo se o diagnóstico for firmado é importante contar com um time multidisciplinar com médico, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Além disso, atualmente existem apenas recomendações de manejo, sem um consenso estabelecido. Dessa forma, vê-se a importância da confecção de protocolos que abordem as estratégias para o manejo dos pacientes que apresentem o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo.

REFERÊNCIAS

1. Pinheiro NP. Classificação e Diagnóstico de Transtornos Alimentares na Infância: Nem DSM, nem CID-10. *Psicol. pesq.* [internet]. 2011 [citado 2023 out 22];5(1):61-67. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472011000100007&lng=pt&nrm=iso
2. Norris M L, Spettigue W J, Katzman D K. Update on eating disorders: current perspectives on avoidant/restrictive food intake disorder in children and youth. *Neuropsychiatr Dis Treat* [internet]. 2016 [citado 2023 out 22];12: 213-218. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4725687/>
3. Katzman DK, Stevens K, Norris M. Redefining feeding and eating disorders: What is avoidant/restrictive food intake disorder? *Pediatric Child Health* [internet]. 2014 [citado 2023 out 22]; 19(8):445-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4220532/>
4. Iron-Segev S, Best D, Arad-Rubinstein S, Efron M, Serur Y, Dickstein H, et al. Feeding, Eating, and Emotional Disturbances in Children with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Nutrients* [internet]. 2020 Nov 4 [citado 2023 out 22];12(11):3385. doi:10.3390/nu12113385. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33158087/>
5. Cozer C, Pisciolaro F. Novas Propostas de Critérios Diagnósticos de Transtornos Alimentares. *ABESO*. 2011; 54: 15-16.
6. Zimmerman J, Fisher M. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health* [internet]. 2017 [citado 2023 out 22]; 47: 95-103. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28532967/>
7. Kohn JB. What Is ARFID? *Journal of the academy of nutrition and dietetics* [internet]. 2016 [citado 2023 out 22]; 116(11): 1872. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27788770/>
8. Norris ML, Katzman DK. Change Is Never Easy, but It Is Possible: Reflections on Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Two Years After Its Introduction in the DSM-5. *Journal of Adolescent Health* [internet]. 2015 Jul [citado 2023 out 30]; 57(1):8-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26095404/>
9. Thomas JJ, Wons OB, Eddy KT. Cognitive-behavioral treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Current opinion in psychiatry* [internet]. 2018 nov [citado 2023 out 30] vol. 31 (6): 425-430. doi:10.1097/YCO.0000000000000454. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30102641/>
10. Pitt PD, Middleman AB. A Focus on Behavior Management of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID): A Case Series. *Clinical Pediatrics* [internet]. 2017 Jul [citado 2023 out 30] 57 (4): 478-480. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28719985/>
11. Bryant-Waugh R. Feeding and eating disorders in children. *Current Opinion Psychiatry* [internet]. 2013 Nov [citado 2023 out 30]; 26 (6): 537 – 542. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24060919/>

12. Kachani AT, Leonel C, Mendes A, Bordin S, Lisboa H. Seletividade alimentar. *Revista Paulista Pediatria* [internet]. 2005 [citado 2023 out 30]; 27(1): 48–60. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/237487289> Seletividade alimentar da criança
13. Sharp WG, Stubbs KH, Adams H, Wells BM, Lesack RS, Criado KK, et al. Intensive, Manual-based Intervention for Pediatric Feeding Disorders: Results From a Randomized Pilot Trial. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* [internet]. 2016 Apr [citado 2023 out 30]; 62 (4): 658–663. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26628445/>
14. Call C, Walsh BT, Attia E. From DSM-IV to DSM-5: changes to eating disorder diagnoses. *Current Opinion on Psychiatry* [internet]. 2013 Nov [citado 2023 out 30]; 26(6): 532-536. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24064412/>
15. Benson JD, Parke CS, Gannon C, Munoz D. A Retrospective Analysis of the Sequential Oral Sensory Feeding Approach in Children with Feeding Difficulties, *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention* [internet]. 2013 Oct [citado 2023 out 30]; 6(4): 289-300. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19411243.2013.860758>
16. Reas DL, Zipfel S, Ro O. Is It an Eating Disorder or Achalasia or Both? A Literature Review and Diagnostic Challenges. *European Eating Disorders Review* [internet]. 2014 Jul [citado 2023 out 30]; 22 (5): 321–330. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25053457/>
17. Thoyre SM, Pados BF, Park J, Estrem H, McComish C, Hodges EA. The Pediatric Eating Assessment Tool (PediEAT): Factor structure and psychometric properties. *Journal Pediatric Gastroenterology and Nutrition* [internet]. 2018 Feb [citado 2023 nov 05]; 66 (2): 229-305. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28953526/>
18. Lock J. An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* [internet]. 2015 Jan [citado 2023 nov 05]; 44(5):707-21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25580937/>
19. Sotero AM, Cabral PC, Silva GAP. Socioeconomic, cultural and demographic maternal factors associated with dietary patterns of infants. *Revista Paulista de Pediatria* [internet]. 2015 Dec [citado 2023 nov 05]; 33(4): 445-452. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4685565/>
20. Murray HB, Coniglio K, Hartmann AS, Becker AE, Eddy KT, Thomas JJ. Are eating disorders “all about control”? The elusive psychopathology of nonfat phobic presentations. *Internacional Journal Of Eating Disorders* [internet]. 2017 Sep [citado 2023 nov 05]; 50 (11): 1306-1312. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28963796/>
21. Oakley TJ, Dey I, Discombe S, Fitzpatrick L, Paul SP. Recognition and management of eating disorders in children and young people. *Nursing Standard* [internet]. 2017 Oct [citado 2023 nov 05]; 32(9):52-63. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29094538/>
22. Kelly NR, Shank LM, Bakalar JL, Tanofsky-Kraff M. Pediatric Feeding and Eating Disorders: Current State of Diagnosis and Treatment. *Current Psychiatry Reports* [internet]. 2014 Mar [citado 2023 nov 05]; 16(5): 446. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24643374/>

23. Michalska A, Szejko N, Jakubczyk A, Wojnar M. Nonspecific eating disorders – a subjective review. *Psychiatria Polska* [internet]. 2016 [citado 2023 nov 05]; 50(3):497-507. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27556109/>
24. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014 [citado 2023 nov 05].
25. Araújo AC, Lotufo Neto F. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* [internet]. 2014 Apr [citado 2023 nov 05], 16(1):67–82. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007
26. Dovey TM, Wilken M, Martin CI, Meyer C. Definitions and Clinical Guidance on the Enteral Dependence Component of the Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder Diagnostic Criteria in Children. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* [internet]. 2017 Jul [citado 2023 nov 20]; 1: 148607117718479. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28727947/>
27. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berral G, Stuart S, Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics* [internet]. 2015 Jan [citado 2023 nov 20]; 135(2), 344-353. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25560449/>
28. Garcia Da Silva V, Papelbaum M. Fobia alimentar associada a magreza: um diagnóstico diferencial com anorexia nervosa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [internet]. 2009 [citado 2023 nov 20]; 58(3): 205-208. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/gsfJVMpKJpMx63QYcsFXRmj/?format=pdf&lang=pt>
29. Krom H, De Winter JP, Kindermann A. Development, prevention, and treatment of feeding tube dependency. *European Journal of Pediatrics* [internet]. 2017 Apr [citado 2023 nov 20]; 176(6):683-688. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28409284/>
30. Williams KE, Hendy HM, Field DG, Belousov Y, Riegel K, Harclerode W. Implications of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) on Children with Feeding Problems. *Children's Health Care* [internet]. 2015 Sep [citado 2023 nov 20]; 44(4): 307-321. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02739615.2014.921789>
31. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Archives of Disease Childhood* [internet]. 2016 Jun [citado 2023 nov 20]; 101(12):11680-1175. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27381185/>
32. Kurz S, Van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *European Child & Adolescent Psychiatry* [internet]. 2015 Jul [citado 2023 nov 20], 24(7): 779–785. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25296563/>
33. Su X, Xu B, Liang H, Olsen J, Yuan W, Cnattingius S, et al. Prenatal maternal bereavement and risk of eating disorders in infants and toddlers: a population-based cohort study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015 Sep [citado 2023 nov 20]; 15 (1): 229. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4582887/>

34. Rubio B, Rigal N. Parental concerns and attributions of food pickiness and its consequences for the parent–child relationship: A qualitative analysis. *Journal of Child Health Care* [Internet]. 2017 Dec [citado 2023 nov 20] Dec;21(4):404-414. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29110520/>
35. Cooney M, Lieberman M, Guimond T, Katzman DK. Clinical and psychological features of children and adolescents diagnosed with avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric tertiary care eating disorder program: a descriptive study. *Journal of eating disorders* [Internet]. 2018 Apr [citado 2023 nov 28], 6(1). Doi:10.1186/s40337-018-0193-3. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29736239/>
36. Zucker N, Copeland W, Franz L, Carpenter K, Keeling L, Angold A, et al. Psychological and Psychosocial Impairment in Preschoolers With Selective Eating. *Pediatrics* [Internet]. 2015 Aug [citado 2023 nov 28]; 136(3): e582–e590. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26240213/>
37. Schermbrucker J, Kimber M, Johnson N, Kearney S, Couturier J. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder in an 11-Year Old South American Boy: Medical and Cultural Challenges. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2017 Jul [citado 2023 nov 28]; 26(2): 110–113. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5510940/>
38. Lydecker JA, Grilo CM. Does your child's weight influence how you judge yourself as a parent? A cross-sectional study to define and examine parental overvaluation of weight/shape. *Preventive Medicine* [Internet]. 2017 Dec [citado 2023 nov 28]; 105: 265–270. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28987340/>
39. Silverman AH. Behavioral Management of Feeding Disorders of Childhood. *Annals of Nutrition and Metabolism* [Internet]. 2015 Jul [citado 2023 nov 28]; 66(5): 33–42. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26226995/>
40. Didehbani N, Kimberly K, Austin L, Wiechmann A. Role of Parental Stress on Pediatric Feeding Disorders, *Children's Health Care* [Internet]. 2011 May [citado 2023 nov 28]; 40(2): 85-100. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/233203258_Role_of_Parental_Stress_on_Pediatric_Feeding_Disorders
41. Kurz S, Van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Variants of Early-Onset Restrictive Eating Disturbances in Middle Childhood. *International Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2016 Jan [citado 2023 nov 28]; 49:102–106. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26356990/>
42. Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, McCracken CE, McElhanon B. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care?. *The Journal of Pediatrics* [Internet]. 2016 Feb [citado 2023 nov 28]; 181(3): 116-124. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27843007/>
43. Lucarelli J, Pappas D, Welchons L, Augustyn M. Autism Spectrum Disorder and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*

[Internet]. 2017 Jan [citado 2023 nov 28]; 38(1): 79-80. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27824638/>

44.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. *International Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2015 Aug [citado 2023 dez 03]; 48:1176–1179. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26311292/>

45.Pennell A, Couturier J, Grant C, Johnson N. Severe avoidant/restrictive food intake disorder and coexisting stimulant treated attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Eating Disorders* [Internet]. 2016 Aug [citado 2023 dez 03]; 49(11): 1036-1039. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27521251/>

46.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. *Current Psychiatry Reports* [Internet]. 2017 Jul [citado 2023 dez 03]; 19(8): 54-63. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28714048/>

47.Lukens CT, Silverman AH. Systematic Review of Psychological Interventions for Pediatric Feeding Problems. *Journal of Pediatric Psychology* [Internet]. 2014 Jun [citado 2024 jan 03]; 39(8): 903–917. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24934248/>

48.Dovey TM, Aldridge VK, Martin CI, Wilken M, Meyer C. Screening Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in children: Outcomes from utilitarian versus specialist psychometrics. *Eating Behaviors* [Internet]. 2016 Dec [citado 2024 jan 03]; 23: 162–16. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27794273/>

49.Chiarello F, Marini E, Ballerini A, Ricca V. Optic neuropathy due to nutritional deficiency in a male adolescent with Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a case report. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity* [Internet]. 2018 Aug [citado 2024 jan 03]; 23(4):533-535. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28620702/>

50.Green RJ, Samy G, Miqdady MS, Salah M, Sleiman R, Abdelrahman HMA, et al. How to Improve Eating Behaviour during Early Childhood. *Pediatrics Gastroenterology, Hepatology & Nutrition* [Internet]. 2015 Mar [citado 2024 jan 03]; 18(1): 1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4391994/>

51.Sharp WG, Allen AG, Stubbs KH, Criado KK, Sanders R, McCracken CE, et al. Successful pharmacotherapy for the treatment of severe feeding aversion with mechanistic insights from cross-species neuronal remodeling. *Translational Psychiatry* [Internet]. 2017 Jun [citado 2024 jan 10]; 7(6): e1157. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28632204/>

52.Brewerton TD, D'Agostino M. Adjunctive Use of Olanzapine in the Treatment of Avoidant Restrictive Food Intake Disorder in Children and Adolescents in an Eating Disorders Program. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* [Internet]. 2017 Dec [citado 2024 jan 10]; 27(10):920-922. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29068721/>

53.Herpertz-Dahlmann B. Treatment of eating disorders in child and adolescent psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry* [Internet]. 2017 Nov [citado 2024 jan 10]; 30(6): 438-445. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28777106/>