

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - PRM EM PEDIATRIA

**MANEJO AMBULATORIAL PROPOSTO PARA AS DIFICULDADES
ALIMENTARES EM PEDIATRIA: PROTOCOLO AMBULATORIAL**

RAFAELA MULLER FRANCESCHI

ORIENTADORA: PROFA. ELZA DANIEL DE MELLO

PORTO ALEGRE, 15 DE JANEIRO DE 2023

CIP - Catalogação na Publicação

MULLER FRANCESCHI, RAFAELA
MANEJO AMBULATORIAL PROPOSTO PARA AS DIFICULDADES
ALIMENTARES EM PEDIATRIA: PROTOCOLO AMBULATORIAL /
RAFAELA MULLER FRANCESCHI. -- 2023.
14 f.
Orientador: ELZA DANIEL DE MELLO.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, RESIDÊNCIA MÉDICA EM
PEDIATRIA , Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Transtornos de Alimentação na Infância. 2.
Pediatria . 3. Nutrição da Criança. I. DANIEL DE
MELLO, ELZA, orient. II. Título.

Sumário

1. Resumo	pág 3
2. Introdução	pág 4
3. Diagnóstico	pág 5
4. Classificação	pág 6
5. Conduta	pág 8
6. Referências	pág 14

Resumo

As dificuldades alimentares (DA), pela alta prevalência, tornam-se um assunto importante, sendo comum em crianças pequenas e podem persistir por toda a infância. Quando bem conduzidas, a maioria dos quadros são leves, transitórios e podem ser tratados com sucesso. DA foi um termo genérico utilizado por Kerzner et al. (2015) para caracterizar, de forma ampla e heterogênea, crianças que têm problemas com a alimentação. O termo engloba qualquer quadro que afete negativamente o processo pelo qual os pais ou responsáveis fornecem os alimentos às crianças.

De acordo com a literatura, a conduta frente ao paciente com DA implica conhecer suas diversas nuances de manifestações clínicas e classificá-las para assim guiar a melhor conduta. O objetivo deste material é ser um guia para auxílio em condutas ambulatoriais no âmbito das DA.

Introdução

Alimentar-se é um ato vital, uma necessidade básica propulsora dos primeiros reflexos para a sobrevivência. As práticas alimentares durante a gestação e até os dois anos de idade podem influenciar diretamente no comportamento alimentar da criança e por toda sua vida. A Introdução alimentar deve-se iniciar a partir dos seis meses de idade, tendo como base, preferencialmente, alimentos *in natura* ou minimamente processados. Além disso, é neste momento que a criança experimenta novos sabores e texturas (1).

As dificuldades alimentares (DA), pela alta prevalência, tornam-se um assunto importante, sendo comum em crianças pequenas e podem persistir por toda a infância. Quando bem conduzidas, a maioria dos quadros são leves, transitórios e podem ser tratados com sucesso. Os lactentes podem apresentar oscilações de apetite e de preferências alimentares em determinados estágios da infância. Quando os pais reagem de forma inadequada a essas transformações, as alterações do comportamento podem evoluir para DA, que de acordo com a falta de manejo, podem evoluir para formas persistentes e graves (2).

A preocupação com as DA, envolve tanto cuidadores como também os profissionais que lidam com essas queixas. Dependendo da duração, da intensidade, do diagnóstico do problema e da atuação dos profissionais de saúde e da família haverá consequências físicas, emocionais, familiares, e no crescimento e desenvolvimento da criança afetada.

DA foi um termo genérico utilizado por Kerzner et al. (2015) para caracterizar, de forma ampla e heterogênea, crianças que têm problemas com a alimentação. O termo engloba qualquer quadro que afete negativamente o processo pelo qual os pais ou responsáveis fornecem os alimentos às crianças. A definição não só inclui as crianças com recusa de alimentos usuais, desinteresse pela comida e baixa ingestão, como também aquelas com seletividade à alimentos e a preparos específicos ou, de forma mais extrema, a fobia alimentar. Outra condição incluída por Kerzner et al. (2015) no espectro de DA é a insatisfação dos pais em relação à alimentação dos filhos. Segundo esses autores, apenas 25% dos pacientes cujos pais referem problemas com a alimentação apresentaram de fato DA, e somente uma minoria (1 a 4%) se apresenta de forma grave (2).

Existem vários fatores capazes de desencadear as DA, assim como, sua persistência. A interação entre a criança, a pessoa que a alimenta e a comida são pontos chave a serem avaliados. Importante considerar a existência de comorbidades orgânicas (crianças com distúrbios respiratórios, de deglutição, situações de alergias e outras) ou comportamentais. Esses podem ser eventos desencadeadores de DA ou simplesmente confundidores do diagnóstico.

As DA podem ser clinicamente caracterizadas por queixas como seletividade alimentar (recusa ou predileção por cores, cheiros, sabores, texturas e consistências específicas), apetite limitado ou fobia alimentar. Essas queixas podem acompanhar a criança em todas as circunstâncias nas quais a alimentação esteja envolvida (rotina escolar, familiar ou lazer), com possibilidade de implicações no crescimento e desenvolvimento, quando persistentes e não acompanhadas. Pode ser uma situação passageira ou se apresentar até a vida adulta. Pode surgir em diferentes fases, como na introdução do alimento complementar, no período da modificação da alimentação infantil para mais sólida, na idade pré-escolar ou escolar ou mesmo na adolescência (2).

Estima-se que 25% e 40% das crianças saudáveis possam apresentar graus leves de DA. Na faixa etária entre 1 e 2 anos de idade, acredita-se que a frequência de algum grau de seletividade alimentar atinja cifras de aproximadamente 30%. A presença de DA em crianças com alterações de desenvolvimento neuropsicomotor é de até 80% (2).

No Brasil, os raros dados publicados sobre o tema, sugerem que ocorra uma prevalência de 37% de DA em crianças abaixo de seis anos na região nordeste e de 43% no estado de São Paulo (região sudeste) (2).

Os riscos inerentes ao retardo do diagnóstico ou tratamento ou à falha deste último são: risco de baixo peso para a idade e falha no crescimento relacionados à ingestão reduzida de macro e micronutrientes, alterações cognitivas, dentre outros. Alguns macronutrientes e micronutrientes comumente deficitários nos casos de DA são: proteínas e gorduras; vitaminas A, E, D e C, além de minerais como ferro, cálcio e zinco (3).

De acordo com a literatura, a conduta frente ao paciente com DA implica conhecer suas diversas nuances de manifestações e classificá-la para assim guiar a melhor conduta.

O objetivo deste material é ser um guia para auxílio em condutas ambulatoriais no âmbito das DA.

Diagnóstico

O diagnóstico das DA é clínico e inclui uma abordagem ambulatorial, através da queixa trazida pelos cuidadores da criança, detalhamento sobre antecedentes gestacionais e neonatais, surgimento da queixa relacionada à alimentação, evolução da DA e padrão alimentar atual. O exame físico minucioso e exames complementares permitem a identificação de condições orgânicas associadas. O manejo visa garantir os aportes energético e nutricional adequado e monitorizar o crescimento e o desenvolvimento.

Conceitualmente DA define-se por crianças que apresentam alteração na alimentação descritas como refeições prolongadas; recusa alimentar com duração superior a um mês; presença de refeições perturbadoras e estressantes; falta de alimentação

independente apropriada; comer noturno na criança; distração para aumentar a ingestão; mamada prolongada ou falha na evolução das texturas dos alimentos.

Diferenciar crianças “normais” com pais preocupados de crianças com condições fisiológicas ou leves, mas reconhecíveis e tratáveis, é desafiador, mas necessário.

Classificação

Para abordagem inicial devemos classificar as DA em três categorias conforme descritos no quadro 1 abaixo. Foram grupos cunhados por Ketzner et al para facilitar o manejo.

Quadro 1. Classificação das dificuldades alimentres na infância

Grupos de dificuldades	Tipos de dificuldades
Crianças com apetite limitado	<ul style="list-style-type: none">– Interpretação equivocada dos pais– A criança enérgica e ativa com apetite limitado– A criança apática e retraída– A criança com doença orgânica
Crianças com ingestão seletiva	<ul style="list-style-type: none">– A criança com seletividade leve– A criança altamente seletiva– A criança com doença orgânica
Criança com fobia alimentar	<ul style="list-style-type: none">– Eventos traumáticos agudos ou crônicos– Alterações comportamentais– A criança com doença orgânica

Fonte: Adaptado de Kerzner et al, 2015- retirado do guia de Orientações Dificuldades alimentares Departamento Científico de Nutrologia da SBP de 2022

Na criança com apetite limitado, englobado na primeira categoria, recebemos o relato de uma baixa ingestão alimentar. Essas crianças variam desde aquelas que comem adequadamente; contudo, a percepção errônea dos cuidadores recai sobre elas, assim como, aquelas com doença orgânica evidente, em que a redução do apetite pode ser a primeira manifestação da enfermidade. Nessas últimas, as patologias englobadas envolvem desde alterações transitórias como amigdalites ou estomatites, até quadros crônicos como doença do refluxo gastroesofágico, doença celíaca, alergias alimentares e hepatopatias. Quando houver uma percepção equivocada dos pais, muitas vezes favorecidas por

desacelerações ponderais fisiológicas; como a ocorrida ao final do primeiro ano de vida, devemos ter o papel de explicar e explicitar que enquadra-se em uma adaptação natural da ingestão conforme o desenvolvimento infantil e suas fases.

Existem outras duas nuances dentro dessa categoria, sendo a primeira delas da criança ativa com apetite limitado, em que apresentam uma característica de sentir pouca fome. Trata-se de crianças curiosas que normalmente estão mais interessadas com o ambiente no seu entorno e saciam-se rapidamente. A segunda delas é a criança apática e por vezes retraída, que se diferencia das anteriores por ser hipoativa e desinteressada pelo ambiente, incluindo o fato de comer. Apresenta alterações claras de interação social (sorriso ausente, olhar vago). Todavia, a desnutrição e a baixa ingestão podem estar presentes em ambas as circunstâncias.

Como segunda categoria temos a criança com seletividade alimentar. Temos o dever de diferenciar daquelas com neofobia, situação esta que ocorre geralmente em crianças a partir de um ano de idade e é frequentemente mal interpretada pelos pais como seletividade inadequada. No entanto, trata-se de um comportamento normal que ocorre em crianças no final do primeiro ano de vida, atingindo um pico entre 18 e 24 meses de idade e que se bem conduzida, resolve-se espontaneamente.

As crianças que apresentam seletividade leve são também conhecidas como “comedores exigentes”, costumam aceitar uma menor variedade de alimentos que a maioria das crianças não seletivas e geralmente não aumentam a variedade com a exposição frequente. Essas crianças, geralmente, crescem e se desenvolvem normalmente e têm ingestão adequada de energia e nutrientes. O cuidado que devemos ter é não instituir atitudes coercitivas dos cuidadores para aumentar a ingestão alimentar que podem culminar em problemas maiores como depressão, ansiedade, agressividade e alterações comportamentais. Existe outro aspecto relevante, que são as crianças altamente seletivas, que apresentam recusa de alimentos específicos de acordo com o sabor, a textura, o cheiro ou a aparência. Se não tratadas adequadamente pode ocorrer agravo das restrições alimentares ou comprometimento do estado nutricional. Muitas crianças apresentam associação com outras alterações sensoriais como dificuldade com materiais que causam sensação de sujeira ou até mesmo sensibilidade a ruídos. Em alguns casos, a ingestão altamente seletiva, inicia na fase de lactentes com a dificuldade na evolução da consistência dos alimentos, persistindo até a idade pré-escolar, com alimentos preferencialmente líquidos ou pastosos, na sua grande maioria com consistência homogênea.

A preocupação no caso da ingestão altamente seletiva é a privação de consumo de nutrientes essenciais ao crescimento e desenvolvimento (vitaminas, zinco, ferro e proteínas). No entanto, geralmente elas desenvolvem-se e têm adequado ganho ponderal,

até porque existe uma tendência familiar a ofertar os alimentos da preferência da criança em excesso para suprir a baixa ingestão.

Vale ressaltar ainda que algumas condições orgânicas podem precipitar a seletividade alimentar, especialmente naqueles pacientes com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor secundário a doenças genéticas, erros inatos do metabolismo ou afecções neurológicas. Essas situações podem até estar relacionadas com atraso na motricidade oral ou déficit de processamento sensorial com história de engasgos e rejeição ao colocar os alimentos na boca.

Como última categoria, existem as crianças com fobia alimentar. Essa categoria é definida por qualquer experiência aversiva relacionada à alimentação, gerando medo e recusa alimentar. São descritos três padrões de fobia alimentar: o medo de se alimentar após um episódio traumático intenso, como a asfixia; o medo da alimentação em crianças submetidas a procedimentos orais invasivos e/ou dolorosos; e o medo de alimentação em crianças com uso prévio de sonda enteral e que desenvolvem aversão oral.

Conduta

Com a divisão em categorias das DA as proposições de tratamento tornam-se mais claras. Há orientações cruciais quando nos deparamos com uma criança com tal patologia (quadro 2 abaixo cita-as).

Quadro 2. Orientações alimentares para todas as crianças

- Evitar distrações durante os horários das refeições
- Manter uma atitude neutra e agradável durante toda a refeição
- Alimentação para estimular o apetite:
 - Limitar a duração da refeição (20-30 minutos)
 - 4 a 6 refeições/lanches por dia com apenas água nos intervalos
- Servir alimentos apropriados para a idade
- Introdução sistemática de novos alimentos (até 8-15 vezes)
- Estimular a auto-alimentação
- Tolerar “bagunças” apropriadas para a idade

Fonte: adaptado do Guia de Orientações - Dificuldades alimentares – Departamento Científico de Nutrologia, edição 2022. - retirado de Kerzner et al. (2015)

Como manejo inicial propõe-se um questionário completo aos cuidadores sobre as características da refeição quanto aos alimentos, variedade deles, horário e local das refeições, tempo das refeições, início da DA e como são os padrões alimentares dos pais. Sugere-se solicitar recordatório alimentar englobando dois dias da semana e um do final de semana. Também propõem-se inquirir sobre a forma como os cuidadores enxergam a alimentação e como reagem quando a criança não come. Após a anamnese completa devemos realizar um exame físico minucioso e coleta de medidas para colocação nas curvas de crescimento com intuito de estabelecermos o diagnóstico do estado nutricional. Essa avaliação antropométrica irá nos permitir a adequação de macronutrientes, dessa forma, faz-se necessário sempre avaliar conjuntamente a diversidade de alimentos ingeridos com intuito de estimar a ingestão de macro e micronutrientes.

A deficiência de micronutrientes pode se manifestar de forma inespecífica até que surjam as manifestações clínicas, que podem levar até anos para acontecer. Avaliar aspectos específicos no exame físico como pele, cabelo e mucosas pode nos revelar deficiências como de ferro, naquelas com palidez de mucosas, alopecia/cabelo quebradiço na deficiência de zinco. O quadro 3 apresenta de forma mais detalhada os sinais clínicos das deficiências nutricionais.

Quadro 3. Sinais clínicos mais frequentes nas carências nutricionais.

Áreas	Sinais clínicos	Diagnóstico
Cabelo	Dermatite, alopecia	Zinco
Face	Seborreia nasolabial, palidez	Riboflavina e ferro
Olhos	Conjuntiva pálida Membranas vermelhas; xerose conjuntival e de córnea; vermelhidão e fissura de epicantos; blefarite	Ferro, vitaminas C e A, Riboflavina e zinco
Lábios	Estomatite angular, queilite	Riboflavina, zinco
Língua	Língua escarlate e edematosa; língua magenta(púrpura); papila filiforme, atrofia, hipertrofia	Niacina, riboflavina, folato e vitamina B12
Gengivas	Esponjosas, sangrando	Vitamina C

Áreas	Sinais clínicos	Diagnóstico
Pele	Xerose, hiperqueratose folicular; petéquias; equimoses; pigmentação avermelhada em áreas de exposição solar	Vitaminas A, C e K, niacina
Unhas	Coiloníquia (forma de colher); quebradiças e rugosas; redução do crescimento e paroníquia	Ferro e zinco

Fonte: Adaptado do Manual de Avaliação nutricional da Criança e do Adolescente - SBP, 2020.

Quando há suspeita de deficiência de um ou mais micronutrientes poderá ser solicitada a avaliação laboratorial para confirmação: hemograma, retinol plasmático, 25 OH vitamina D, zinco sérico e vitamina C plasmática, considerando que essas sejam as deficiências mais prevalentes em crianças com DA.

Frente a uma criança com seletividade alimentar e restrição intensa é comum a indicação de polivitamínicos com intuito de melhoria do apetite; entretanto, não há modificações significativas no comportamento alimentar daqueles que fazem o uso. Assim como não há evidência na suplementação do zinco em relação a alterações de paladar. O tratamento medicamentoso deve ser reservado quando identificadas deficiências específicas e com acompanhamento médico. Na tabela 1 descreve-se doses indicadas das suplementações.

Ao contrário dos suplementos de vitaminas e minerais, o uso de suplementos alimentares (que fornecem macro e micronutrientes de forma balanceada) são uma estratégia a ser considerada para garantir a segurança nutricional das crianças com DA.

Tabela 1. Tratamento das deficiências de micronutrientes

Vitamina/mineral	Dose de suplementação
Ferro (anemia ferropriva)	3 a 5 mg/kg/dia de ferro elementar por 3 a 6 meses
Zinco	0,5 a 1 mg/kg/dia por 3 a 4 meses
Vitamina C	100 a 300 mg/dia por 30 dias ou até a remissão dos sinais e sintomas

Vitamina A	crianças com manifestações oculares devem receber o tratamento oral com mega doses de acordo com o Programa de Hipovitaminose A do Ministério da Saúde
Cálcio	a inadequação da ingestão de cálcio deve ser corrigida com a ingestão de alimentos fonte deste mineral. Na impossibilidade do consumo alimentar deve ser considerada a oferta de cálcio de acordo com a ingestão diária recomendada (DRI) para idade
Vitamina D	2000 UI por 8 a 12 semanas (crianças e adolescentes de 1 a 18 anos)

Fonte: Adaptado do do Guia de Orientações - Dificuldades alimentares – Departamento Científico de Nutrologia, edição 2022.

A indicação de suplementos dependerá do tipo de DA e do estado nutricional. Nas crianças com bom estado nutricional, apesar do quadro de DA, desde que haja ingestão adequada de macro e micronutrientes, a suplementação faz-se desnecessária. Naqueles com comprometimento nutricional e redução acentuada da ingestão deverão suplementar com formulações completas iso ou hipercalóricas. Esses suprimentos de nutrição completa, sendo isocalóricos, fornecem a mesma densidade energética de uma dieta habitual (1kcal/ml) ou podem ser hipercalóricos com densidade energética variando de 1,1 kcal/ml até 2 kcal/ml.

Quando houver deficiência ou redução isolada de um macronutriente, deve-se realizar a suplementação isolada do mesmo em módulos, sendo eles de proteínas, carboidratos ou lipídios. A adição dos mesmos à dieta deve respeitar o percentual calórico de cada macronutriente para a faixa etária que a criança se encontra. Na literatura existem vários estudos demonstrando o benefício do uso desses produtos em crianças com DA, sendo capazes de promover recuperação do estado nutricional, auxílio no equilíbrio de micro e macronutrientes, além de adequação de crescimento, sem promoção de ganho excessivo de peso. A Associação Brasileira de Nutrologia publicou, em 2018, um consenso destacando as recomendações para a suplementação de crianças com DA (tabela 2 abaixo).

Tabela 2. Recomendações para suplementação nas crianças com DA

1. Polivitamínicos não têm indicação para o tratamento das dificuldades alimentares

2. Vitaminas isoladamente podem ser utilizadas para crianças que apresentem deficiências específicas plasmáticas ou de ingestão comprovadas

3. Poliminerais não têm indicação para o tratamento das dificuldades alimentares

4. Minerais específicos isoladamente podem ser utilizados para crianças que apresentem deficiências específicas plasmáticas ou de ingestão comprovadas

5. Suplementos modulares podem ser utilizados quando houver deficiência isolada comprovada na ingestão de um macronutrientes específico ou prejuízo no estado nutricional da criança de acordo com a idade

6. Suplementos hipercalóricos podem ser usados desde que apresentem composição semelhante aos suplementos completos isocalóricos, apenas com a característica particular de apresentarem densidade energética elevada, o que pode ser indicado para crianças com dificuldade na ingestão do volume habitualmente prescrito

7. Suplementos de nutrição completa isocalóricos (suplementos completos) devem ser considerados como a principal estratégia de tratamento, podendo ser indicados prioritariamente nos seguintes casos:

- Quando os inquéritos alimentares demonstrarem ingestão calórica-nutricional insuficiente
- Sempre que peso, estatura e/ou índice de massa corporal estiverem abaixo do recomendado ou desacelerando de acordo com a curva de crescimento da criança
- Sempre que estiverem presentes agravos à saúde a fim de oferecer segurança nutricional para a recuperação
- Quando o tempo para a reeducação alimentar for muito longo expondo a criança a risco nutricional até que seja implementado
- Face à presença de pais excessivamente ansiosos e incapazes de implementar as medidas educativas, com o objetivo de assegurar nutrição adequada enquanto os pais possam ser também preparados
- Quando houver casos semelhantes na família que evoluíram mal sem a suplementação

- Sempre que for detectada doença de base (orgânica ou psíquica) a ser tratada, mas esperar-se tempo longo para esse tratamento
- Quando a criança estiver em uso de medicamentos que sabidamente reduzem o apetite
- Em casos de seletividade alimentar ampla por muito tempo, abrangendo macro e micronutrientes

Fonte: Consenso da Associação Brasileira de Nutrologia sobre o uso de suplementos alimentares para crianças com dificuldades alimentares. Int J Nutrol. 2018

Para definir o uso de suplementos completos entre iso ou hipercalóricos devemos considerar a variedade alimentar ingerida pela criança, assim como seu estado nutricional. A tabela 3 apresenta uma sugestão de quando indicar cada um deles.

Tabela 3. Suplementação nas dificuldades alimentares

ACOMPANHA OS PERCENTIS	ESTAGNADA NA CURVA	PERDA DE PESO
Dieta com variedade e qualidade deficientes	Paciente deixa de acompanhar a curva e apresenta estagnação de crescimento	Paciente com perda de peso ≥ 2 percentis
Risco de deficiências de micronutrientes e fibras	Dieta com quantidade, qualidade e variedade insuficientes	Dieta com quantidade, qualidade e variedade insuficientes
	Risco de deficiências de micronutrientes e fibras	Risco de deficiências de micronutrientes e fibras
SUPLEMENTO INFANTIL COMPLETO NORMOCALÓRICO (1 Kcal/mL)	SUPLEMENTO INFANTIL COMPLETO HIPERCALÓRICO (1,5Kcal/mL)	SUPLEMENTO INFANTIL COMPLETO HIPERCALÓRICO (1,5Kcal/mL)

Fonte: retirado do Guia de Orientações - Dificuldades alimentares – Departamento Científico de Nutrologia, edição 2022.

Conclui-se que as dificuldades alimentares podem ser parte de um processo fisiológico do desenvolvimento infantil, mas, quando mal manejadas, podem levar a consequências preocupantes. Devem ser diagnosticadas precocemente para evitar as deficiências de micro e macronutrientes. Salienta-se também, conforme indicado no último guia de orientações para DA da Sociedade Brasileira de Pediatria de 2022, que quando se observa ingestão alimentar inferior a 80% das necessidades nutricionais por mais de 10 dias, é necessário a realização de intervenção nutricional. Devido a alta prevalência dessa queixa em ambulatório pediátrico é fundamental o conhecimento de sua abordagem.

Referências:

1. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: Diagnosis and treatment. *Child Adol Psychiatr Clin N Am.* 2002;11(2):163-183.
2. Fisberg M, Maranhão HS, Weffort VRS, Nogueira-de-Alemeida CA. Dificuldades alimentares. In: Sociedade Brasileira de Pediatria - Tratado de Pediatria. 5a.ed. Barueri. Manole. 2022.
3. Nogueira de Almeida C, Mello ED, Maranhão HS, Vieira MC, Barros R, Fisberg M, et al. Dificuldades alimentares na infância: revisão da literatura com foco nas repercussões à saúde, *Pediatr Mod.*2012;12(48):340-348.
4. Fisberg, Mauro; Tosatti, Abykeyla Melisse; Abreu, Camila Leonel. “A criança que não come- abordagem pediátrico-comportamental”, in Anais do 2o. Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas.
5. Kerzner B. Clinical Investigation of Feeding Difficulties in Young Children: A Practical Approach. *Clin Pediatr (Phila).* 2009;48:960-5.
6. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A Practical Approach to Classifying and Managing Feeding Difficulties. *Pediatrics.* 2015;135:344-53.
7. Nogueira de Almeida C, de Mello ED, Maximino P, Fisberg M. Consenso da Associação Brasileira de Nutrologia sobre o uso de suplementos alimentares para crianças com dificuldades alimentares. *Int J Nutrology.* 2018;11(S 01):S4–15.
8. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia Manual de Avaliação Nutricional. 2a Edição – Atualizada - 2021. São Paulo: SBP. 2021.
9. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. Guia de orientações - Dificuldades alimentares. São Paulo: SBP, 2022. 66 f.