

Revista PsiPro

PsiPro Journal

2(1): 88-102, 2023

ISSN: 2763-8200

Artigo

SELETIVIDADE ALIMENTAR EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: UM RELATO DE CASO

FOOD SELECTIVITY IN CHILDREN WITH AUTISM
SPECTRUM DISORDER: A CASE REPORT

Recebimento do original: 05/02/2023

Aceitação para publicação: 12/02/2023

Andressa Barreto Lima

Mestre em educação, Professora do curso de Nutrição pela Universidade de Salvador (UNIFACS), bacharel em Nutrição. E-mail: andressabl.prof@gmail.com

Carlos Antonio Dorea Cerqueira

Bacharel em Nutrição pela universidade de Salvador UNIFACS. E-mail: carlosfzn@outlook.com

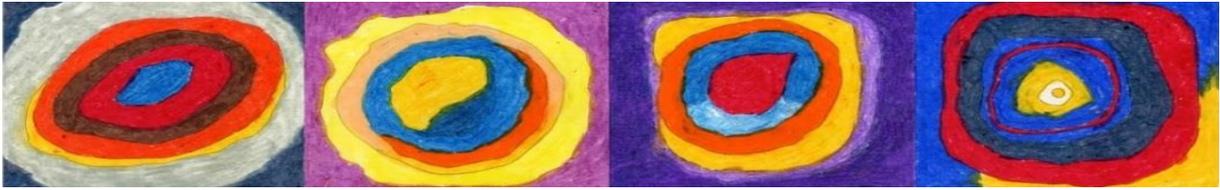
Daiane Lorena Louzado Reis Lopes

Bacharela em Nutrição pela universidade de Salvador UNIFACS. E-mail: dailouzado1@icloud.com

Luiza Áthina Cunha Ribeiro Gomes

Bacharela em Nutrição pela universidade de Salvador UNIFACS. E-mail: luizaathina58@hotmail.com

RESUMO: As dificuldades alimentares na infância são caracterizadas por situações em que a criança apresenta pouca aceitação alimentar, onde, a depender da intensidade apresentada, pode ser constatada a seletividade alimentar. O objetivo geral deste artigo é esclarecer a importância da

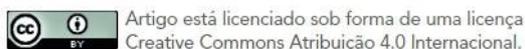


terapia alimentar e nutricional na evolução do estudo de caso do paciente com Transtorno do Espectro Autista diagnosticado com Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE), um estudo realizado por um longo período, utilizando diversas variáveis. A terapia alimentar e nutricional, tem sido uma técnica essencial para solucionar os desafios desencadeados pela seletividade alimentar. Uma abordagem que visa redefinir a alimentação, incentivando e aproximando a criança do alimento através de situações e ações que oferecem estímulos sensoriais a criança.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia alimentar, Seletividade alimentar, Transtorno do Espectro Autista, Dificuldades alimentares, Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo.

ABSTRACT: Eating difficulties in childhood are characterized by situations in which the child has little food acceptance, where, depending on the intensity presented, food selectivity can be observed. The general objective of this article is to clarify the importance of food and nutritional therapy in the evolution of the case study of a patient with Autistic Spectrum Disorder diagnosed with Restrictive Avoidant Eating Disorder (TARE), a study carried out over a long period, using several variables. Food and nutritional therapy has been an essential technique to solve the challenges triggered by food selectivity. An approach that aims to redefine food, encouraging and bringing the child closer to food through situations and actions that offer sensory stimuli to the child.

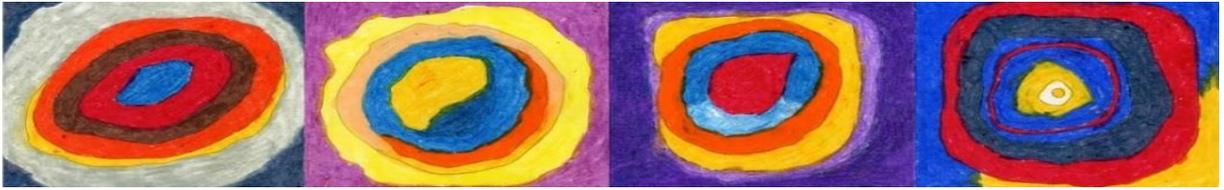
KEYWORDS: Food therapy, Food selectivity, Autistic Spectrum Disorder, Eating difficulties, Restrictive Avoidant Eating Disorder.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

Um dos principais motivos de preocupação dos pais em todo o mundo está relacionada a alimentação dos filhos. Uma criança que não come bem é um problema que preocupa e desestabiliza o ambiente

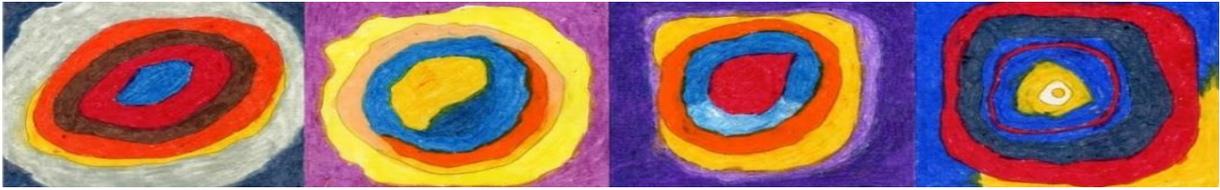


familiar, quando consideramos que o estado nutricional é um importante fator para o desenvolvimento fisiológico desta criança. Estudos realizados em diferentes sociedades, mostram que metade das mães afirma que seu filho não come ou não comeu em alguma fase da vida, queixa que muitas vezes é subestimada nos consultórios pediátricos, seja por falta de investigação e credibilidade dos pais ou por notarem que a antropometria do paciente está dentro do esperado para a idade. 1

As dificuldades alimentares (DA) na infância são caracterizadas por situações em que a criança apresenta pouca aceitação alimentar, com consequências físicas, emocionais e familiares, podendo influenciar em seu desenvolvimento, dependendo da duração, intensidade e diagnóstico do problema.¹ Ketzner , classificou a DA em 3 categorias principais: Crianças que não comem o suficiente (com apetite limitado), aquelas que comem uma variedade inadequada de alimentos (ingestão seletiva) e aquelas que apresentam medo de comer (fobia alimentar).²

A seletividade alimentar limita a diversidade de alimentos, podendo levar o paciente a deficiências nutricionais. Tanto a recusa quanto a não aceitação dos alimentos que são fundamentais para seu desenvolvimento pode levar ao quadro de desnutrição e deficiência calórico-proteica. A má alimentação e a falta de equilíbrio energético são motivos de especial preocupação, pois, a ingestão de micronutriente está estreitamente relacionada com a ingestão de energia. ³ É provável que as crianças cujo consumo de energia é menor, também sofram com a deficiência de ferro e zinco.

A seletividade alimentar pode ser caracterizada pelo desinteresse e recusa alimentar, acompanhada de alterações no comportamento como falta de concentração durante a refeição, birras, demora para comer e recusa de grupos alimentares. Todos esses comportamentos podem ser apresentados ainda no início da infância e quando predominam podem ser



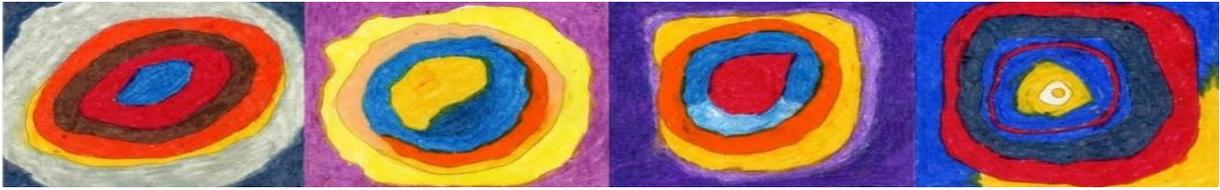
um dos sinais característicos do Transtorno do Espectro Autista (TEA), transcendendo a aversão e hipersensibilidade a sabores, texturas e cores de alguns alimentos.

O transtorno do espectro autista (TEA) caracteriza-se por ser um transtorno do neurodesenvolvimento, onde algumas áreas importantes no desenvolvimento infantil são afetadas, são elas a comunicação verbal, interação social e comportamento. A criança com TEA pode apresentar atraso na fala, dificuldade no contato visual, dificuldade em socializar com outras crianças, interesses restritos, estereotípias (movimentos repetitivos ou repetição de sons), resistência, inflexibilidade e seletividade alimentar.

Além desses sinais, a criança com TEA pode apresentar dificuldades sensoriais, características do Transtorno de processamento sensorial (TPS), que segundo Ayres (neurocientista pioneira em integração sensorial) define-se como uma dificuldade do cérebro e sistema nervoso em processar estímulos através dos sentidos.⁴ O TPS pode ser um dos fatores importantes que reforçam a seletividade alimentar, além da resistência em aceitar novos alimentos e da inflexibilidade ao variar marcas.

Aos 2 anos de idade a maioria das crianças desenvolvem a recusa alimentar, momento em que o crescimento físico diminui em relação ao primeiro ano e o apetite também,⁵ mas essa recusa pode se agravar, evoluindo para a seletividade alimentar, onde a criança passa a recusar grupos alimentares inteiros. A fim de facilitar um diagnóstico, essas dificuldades alimentares foram agrupadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) em um subgrupo denominado de Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE). O TARE foi incluído no DSM-5 apenas em 2013, portanto é um transtorno ainda pouco estudado. 3

O TARE caracteriza-se por dificuldade na ingestão de alimentos e



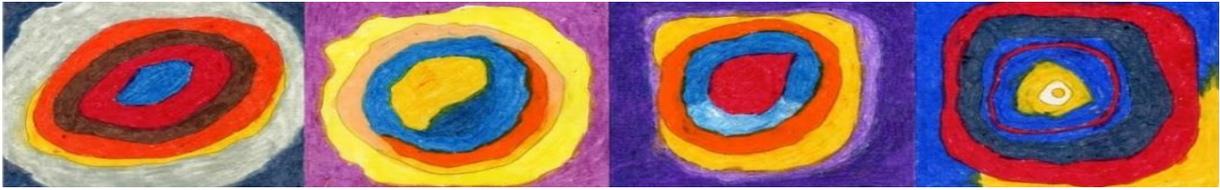
nutrientes necessários para o organismo e desenvolvimento, resultando em perda de peso ou 3 DSM-5 tem como sua principal função orientar profissionais de saúde mental a investigar e fechar um diagnóstico e conduzir aos cuidados adequados para pacientes com transtorno mental. Insucesso em ganhar peso, desnutrição, atraso no crescimento, deficiências nutricionais, interferência psicossocial, dependência de suplementos, entre outros.⁶

Esse artigo nasce da observação recorrente de dois pais diante do comportamento alimentar do seu filho ao apresentar um quadro de recusa alimentar, alertando-os a necessidade de procurar ajuda profissional. O objetivo geral deste artigo é esclarecer a importância da terapia alimentar e nutricional na evolução do estudo de caso do paciente diagnosticado com Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo (TARE).

METODOLOGIA

Esse artigo é um estudo de caso, método de pesquisa sobre um assunto específico que tem como objetivo aprofundar e produzir conhecimento a respeito de um fenômeno, de origem longitudinal, sendo este um estudo realizado por um longo período, utilizando diversas variáveis. Trata-se de um paciente do sexo masculino, 5 anos, com dificuldade alimentar iniciada aos 2 anos de idade.

Para elaboração desse artigo, foi respeitada a resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, que esclarece sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde: II.23 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - documento no qual é explicitado o consentimento livre e esclarecido do participante e/ou de seu responsável legal, de forma escrita, devendo conter todas as informações necessárias, em linguagem clara e objetiva, de fácil entendimento, para o



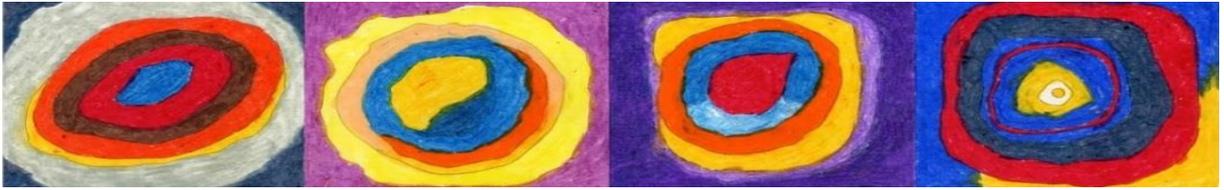
mais completo esclarecimento sobre a pesquisa a qual se propõe participar; Para além do TCLE, foram respeitadas todas as questões éticas que envolvem pesquisas com crianças, obedecendo os critérios estabelecidos pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), que tem como principal função estabelecer os protocolos de pesquisas envolvendo seres humanos.

RELATO DE CASO

De acordo com o relato dado pelos pais, o paciente teve amamentação exclusiva até os 6 meses e depois foi iniciada a introdução alimentar conforme orientação pediátrica. O aleitamento materno continuou em livre demanda, enquanto eram introduzidos os alimentos doces e salgados. O paciente teve um desenvolvimento normal até os 2 anos e 5 meses, cumprindo todas as etapas do Marco do Desenvolvimento Infantil. Aos 2 anos a criança começou a apresentar alterações no comportamento como rejeitar alguns alimentos, demonstrando inquietação ao sentar-se à mesa com os pais, além disso desenvolveu sensibilidade olfativa, tapando o nariz ao entrar na cozinha.

Após os pais perceberem as alterações contínuas decidiram inicialmente levar a demanda ao médico pediatra assistente, que orientou continuar ofertando os alimentos nos horários das refeições, não sendo possível fazer substituições por alimentos que fossem de preferência da criança. Ao persistirem os sinais de seletividade, a família fez sua primeira consulta com um nutricionista, que acompanhou a criança durante todo o processo diagnóstico.

Ao avaliar a criança e notar alterações sensoriais e comportamentais importantes como dificuldade em tolerar texturas e cheiros e dificuldade ao sentar-se à mesa junto a família nas refeições, a criança foi



encaminhada para acompanhamento com psicólogo e terapeuta ocupacional. O diagnóstico foi realizado em consulta com Neuropediatra, onde foram investigados aspectos relacionados à interação social, comunicação verbal e comportamento.

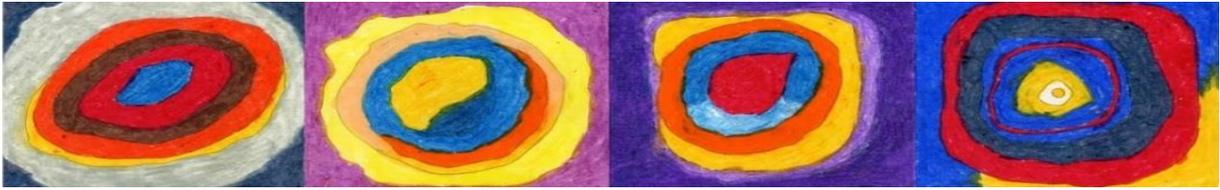
PRIMEIRO ANO DE VIDA

Paciente nasceu de parto Cesário com 39 semanas e sem nenhuma intercorrência. A amamentação ocorreu de forma natural e exclusiva até os 6 meses, logo em seguida começou a introdução alimentar (IA), respeitando os sinais de prontidão, como as habilidades em receber os alimentos. A IA foi iniciando pelos alimentos doces, como frutas, e depois os alimentos salgados. A criança aceitou bem todas as propostas alimentares indicadas pelo pediatra, enquanto a amamentação continuou em livre demanda até os 2 anos e 4 meses.

SEGUNDO ANO DE VIDA

Aos 2 anos de idade, o paciente começou a recusar alguns alimentos, especialmente os alimentos relacionados ao almoço, esse momento coincidiu com crises gripais frequentes, onde a criança precisou iniciar o tratamento com antibiótico, uma vez que, a síndrome gripal persistiu por um longo período. Nesse período, o apetite estava reduzido devido ao uso de medicações, o que fez com que a criança recusasse grande parte dos alimentos, fazendo com que os pais ofertassem apenas o que era de interesse da criança no momento.

SEGUNDO ANO DE VIDA E RECUSA ALIMENTAR



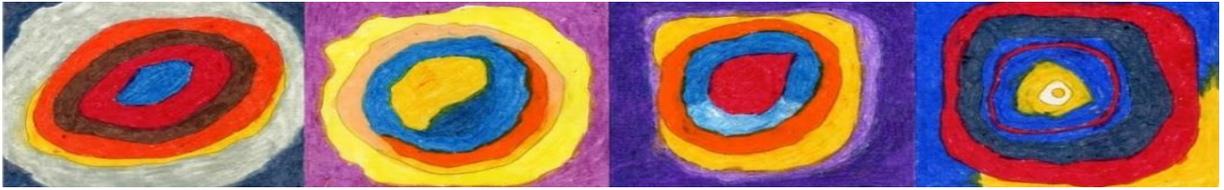
Aos 2 anos e 9 meses percebendo que a não aceitação de alimentos, principalmente no almoço, persistia, os pais procuraram orientação com um nutricionista, que inicialmente fez avaliação com a criança e montou um plano alimentar. Depois de algumas tentativas e muitas adaptações nos planos alimentares, além da observação de questões sensoriais e comportamentais importantes, o nutricionista iniciou um trabalho de terapia alimentar, que consistia em aproximar a criança do alimento. Nesse momento foram solicitados alguns exames bioquímicos para verificação do estado nutricional e suplementação das vitaminas e minerais necessários para melhorar a aceitação de novos alimentos, além da utilização de probióticos com a finalidade de melhorar a saúde intestinal e a absorção dos nutrientes.

Visando tornar o momento mais confortável possível, a terapia alimentar começou a ser realizada na casa do paciente, trazendo sempre um alimento conhecido e aceito pela criança a fim de facilitar o engajamento, e os alimentos novos que deveriam ser explorados em terapia. Além disso, foram passadas orientações aos pais para condução nos momentos da refeição e atividades sensoriais que deveriam ser realizadas semanalmente, com o intuito de aproximar a criança dos alimentos que foram trabalhados em terapia.

A criança também foi encaminhada para acompanhamento com psicólogo e terapeuta ocupacional.

INTERVENÇÃO E TERAPIA MULTIPROFISSIONAL

O tratamento com psicólogo e terapeuta ocupacional foi iniciado aos 3 anos e 5 meses, e nesse primeiro momento, foram observados pelo terapeuta ocupacional alterações sensoriais táteis, olfativas, gustativas e auditivas. Com a psicóloga foram observados baixo repertório no brincar,



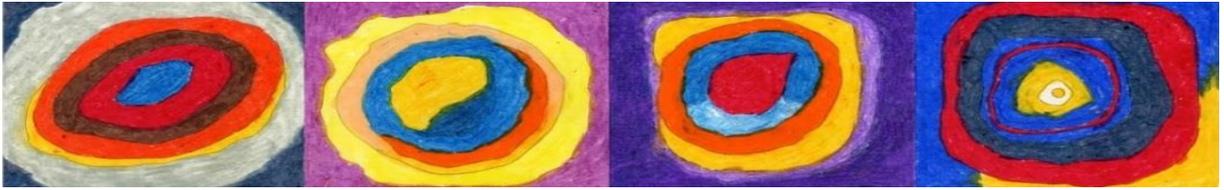
apresentando também inflexibilidade e resistência no que era proposto, além de rigidez comportamental. Demostrou ainda repetição durante o brincar além de baixo repertório verbal, sugerindo uma certa dificuldade ao se expressar. Enquanto fazia as terapias a criança continuava com o mesmo comportamento alimentar restritivo, aceitando menos de dez alimentos e restringindo totalmente os itens do almoço, no entanto, aprendeu a tolerar os alimentos próximos a ela e começou a sentar à mesa nas refeições sem demonstrar inquietação ou choro, o comportamento de tapar o nariz quando estivesse próximo aos alimentos também foi extinto.

INTERVENÇÃO E TERAPIA MULTIPROFISSIONAL PÓS DIAGNOSTICO

Aos 4 anos e 2 meses o paciente foi encaminhado ao neuropediatra, que deu o diagnóstico de autismo e seletividade alimentar, e solicitou que intensificassem as sessões com psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista e fonoaudiólogos, o que foram imediatamente ajustadas com os profissionais.

As sessões, que antes eram realizadas com o intuito de organizar comportamental e sensorialmente a criança, passaram a ser realizadas com o objetivo de dessensibilização alimentar, aproximando a criança do alimento apenas com a intenção de brincar. Todos os terapeutas passaram a trabalhar alimentos durante as sessões, inicialmente de forma lúdica, até a criança se sentir confortável para então experimentar. As sessões com a psicóloga começaram a ser realizadas com a presença da mãe, nesse momento são trabalhadas as demandas comportamentais que a criança apresenta durante as refeições.

Antes de completar 5 anos, a criança fez uma nova consulta com o

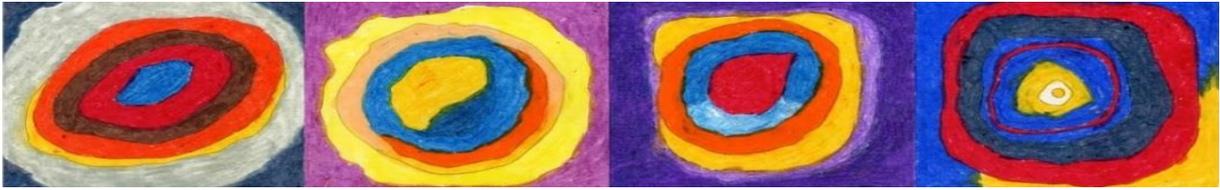


neuropediatra assistente, ele pontuou as evoluções sensoriais e comportamentais, mas atentou para um possível diagnóstico de Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo, orientando que continuassem com as intervenções. Foi realizada também consulta com uma equipe multidisciplinar composta por nutrólogo e nutricionista, onde foram realizadas avaliações nutricionais que constataram que o paciente estava dentro dos parâmetros normais na curva de crescimento e com exames laboratoriais sem alterações importantes.

A nutróloga indicou uma nova suplementação oral para que a criança tivesse o aporte calórico e de micronutrientes necessários para seu desenvolvimento. Foi realizada uma reunião com a equipe multidisciplinar e os pais da criança para traçar novas estratégias. Nessa reunião foram escolhidos alguns alimentos para serem trabalhados nas sessões e em casa, sendo priorizado os alimentos que fazem parte do almoço, uma proteína, um carboidrato e uma verdura. Esses alimentos deveriam conter textura crocante, uma vez que essa era a preferência da criança e os molhos ainda causavam aversão. As terapias então foram mais uma vez iniciadas com o nutricionista trabalhando a aproximação alimentar de forma lúdica, fazendo com que a criança se sentisse confortável com o alimento, a psicóloga trabalhando a regulação emocional e a motivação ao comer, trazendo uma relação importante entre a afetividade e o alimento, e a terapeuta ocupacional utilizando a regulação sensorial no contexto da alimentação, sempre apresentando o alimento a ser trabalhado. Seguindo essa linha estratégica, o paciente, aos 5 anos e 5 meses, passou a aceitar gradativamente os alimentos trabalhados para o almoço.

DISCUSSÃO

Esta discussão começa com a necessidade de conceituar achados

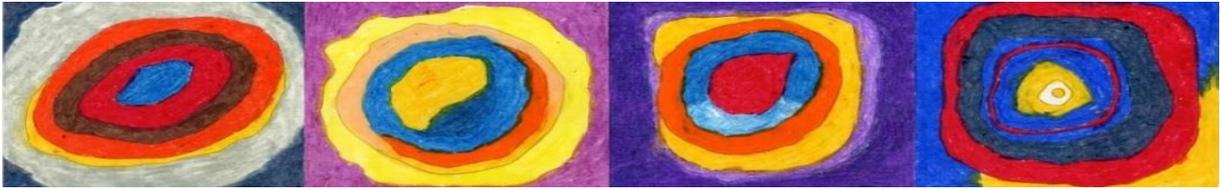


importantes no tratamento do relato de caso, a integração sensorial, a terapia comportamental cognitiva e a terapia alimentar, são estratégias comumente utilizadas para o tratamento de crianças com seletividade alimentar de base sensorial e comportamental, principalmente para crianças que são diagnosticadas com TPS E TEA. Através dessas abordagens, o paciente criou uma relação de proximidade com os alimentos ofertados, sentindo-se seguro emocionalmente para experimentar o alimento ou para verbalizar, de forma assertiva, que não gostaria de experimentar naquele momento.

O Transtorno de processamento sensorial consiste em um processo de desordem, onde o cérebro tem dificuldade em receber e processar informações, podendo ser hiper-responsivo, quando o paciente evita estímulos, tapando os ouvidos para sons altos ou evitando contato físico com outras pessoas e ou alimentos, ou hipo-responsivo, definido pela busca de estímulos intensos. Para esses casos de desregulação sensorial, faz-se necessário tratamentos baseados em integração sensorial, que consistem em fazer com que o cérebro analise informação de todos os sistemas sensoriais para organizar uma resposta adequada.⁵

A terapia comportamental cognitiva voltada para os transtornos alimentares, é uma abordagem que busca mudar a relação do paciente com o alimento, trazendo um olhar afetivo, utilizando estratégias que são objeto de interesse do paciente para assim conseguir uma melhor aproximação com o alimento. Apesar de existirem poucas publicações sobre os processos terapêuticos nas dificuldades alimentares (DA), a terapia alimentar é preconizada por órgãos importantes, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas (UNICEF).¹

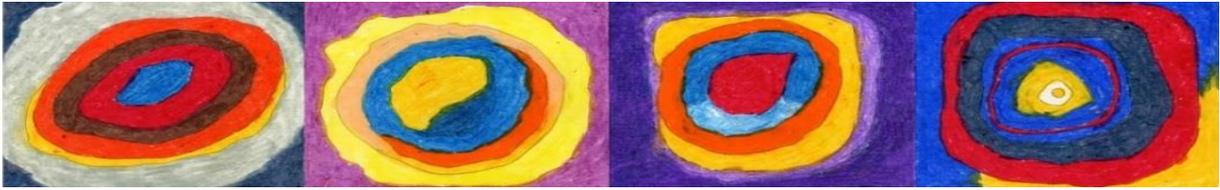
Uma terapia que consiste em priorizar uma alimentação responsiva, respeitando os limites da criança e o entendimento dos pais e cuidadores



sobre características orgânicas como fome e saciedade. A terapia alimentar segue os preceitos de que a alimentação deve ser algo prazeroso, e para que a criança consiga experimentar um alimento, ela deve seguir uma escala que passa do reconhecimento do alimento, ao tolerar segurar com as mãos, sentir o cheiro, aproximar da boca, para, finalmente conseguir comer.

A terapia alimentar apresentada nesse relato de caso, seguiu algumas abordagens comumente utilizadas por profissionais no tratamento das dificuldades alimentares. Uma delas é a Get Permission, que significa "dá permissão", um método que consiste em trabalhar a alimentação de forma responsiva, respeitando o ritmo da criança, utilizando técnicas de dessensibilização sistemática e processamento sensorial. Outra abordagem é o SOS Approach, um programa que busca integrar sistemas sensoriais, habilidades motoras, habilidades Comportamentais, desenvolvimentos social e emocional e impactos nutricionais, com a intenção de deixar a criança confortável e segura para experimentar novos alimentos. E, por fim, o método Food Chaining, um processo em que a criança é apresentada a novos alimentos que são próximos em textura, cor, ou sabor aos alimentos que ela já aceita. Durante todo o processo de terapia alimentar, é necessário pontuar a importância da participação dos pais nos manejos para alimentação da criança em ambientes diferentes do consultório ou terapia. Os pais ou cuidadores são responsáveis pela alimentação da criança e a continuidade do que foi abordado em terapia, devendo seguir um estilo responsivo, estabelecendo limites e encorajando a criança, de forma respeitosa e sem pressionar.¹

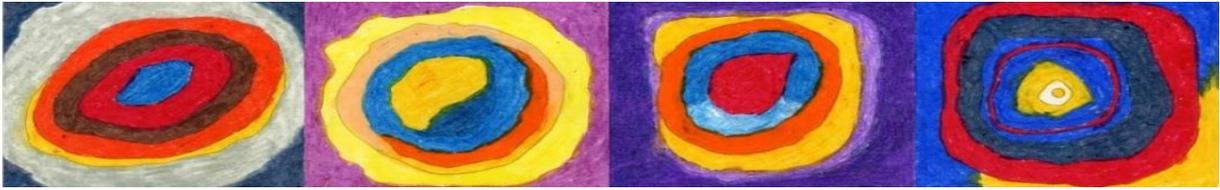
Apoiados nas estratégias de integração sensorial, terapia comportamental cognitiva e terapia alimentar, trilhamos um caminho de evolução para o tratamento multidisciplinar no TARE. Entre 18 e 24 meses



de idade todas as crianças devem receber triagem do desenvolvimento na primeira infância durante visitas de rotina ao pediatra.⁸ Foi publicado no Diário Oficial da União em 2017 a lei de n 13.438, que torna obrigatório a aplicação de um protocolo ou quaisquer outros instrumentos de avaliação psíquica, em todas as crianças nos primeiros 18 meses de vida, durante a consulta pediátrica. Dentre as finalidades da triagem está o diagnóstico de pacientes com TEA, o que possibilita a intervenção precoce para tratar comorbidades e alterações no neurodesenvolvimento que podem vir associadas a esses transtornos. No caso do paciente, embora tenha o diagnóstico apenas aos 4 anos e 2 meses, as intervenções terapêuticas começaram aos 3 anos e 5 meses, o que possibilitou, ainda que tardiamente, uma evolução no quadro alimentar. Nesse período o paciente começou as intervenções com nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, visando sanar as dificuldades alimentares presentes no momento.

A recusa alimentar é um comportamento comum na infância, e na maioria das vezes passa sem muitas complicações. Para tanto são necessárias algumas orientações aos pais ou cuidadores, como, não forçar a criança a comer, oferecer alimentos em quantidades pequenas a fim de encorajá-los, ter horários definidos nas refeições, apresentar pratos de forma agradável, criar momentos de prazer ao sentar-se à mesa, dentre outros.⁵ Com o paciente, a recusa começou aos 2 anos e foram seguidas as orientações pediátricas nesse momento, a de não substituir alimentos e respeitar os horários de cada refeição, pois tratava-se apenas de uma fase de recusa alimentar. No entanto, o acompanhamento nutricional foi iniciado aos 2 anos e 9 meses, pois os pais perceberam que a criança estava restringindo ainda mais a alimentação e as orientações pediátricas não estavam surtindo o efeito desejado.

Para uma maior efetividade nos tratamentos terapêuticos, o



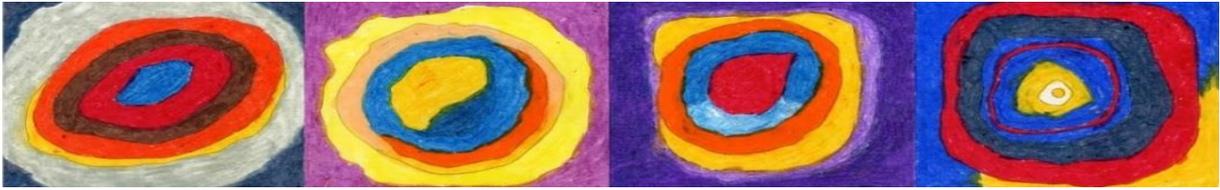
paciente precisa de um aporte de vitaminas e minerais que possibilite suprir as exigências nutricionais, uma vez que o paciente restringe a alimentação, deixando de consumir alimentos importantes para o seu desenvolvimento. Dentre as vitaminas e minerais importantes, destacamos o Zinco, essencial para o desenvolvimento e aceitação alimentar, uma vez que sua deficiência causa falta de apetite, o ferro, cujo a deficiência causa risco de anemia, o ômega 3 que contribui exclusiva e insubstituivelmente ao funcionamento do cérebro e sistema nervoso, o cálcio e a vitamina B12, responsável pelo bom desempenho cognitivo.⁷

CONCLUSÃO

Esse é um trabalho de caráter longitudinal, baseado em recordação dos pais sobre as dificuldades alimentares do filho, que tem como objetivo relatar alguns achados positivos e propor novas pesquisas a respeito dos tratamentos realizados nesse estudo. Esse não é um trabalho conclusivo e não tem intenção de esgotar as possibilidades a respeito do assunto.

De acordo com o relato e os artigos analisados, observa-se a necessidade de uma maior instrução sobre as dificuldades alimentares na infância, passando por uma triagem adequada para o diagnóstico e a categorização de suplementos e terapias importantes para a evolução positiva do quadro do paciente. Sugere-se que os profissionais de saúde, em especial os nutricionistas, ainda na graduação, recebam a qualificação adequada para o tratamento desse distúrbio alimentar.

Cabe também pontuar a importância dos pais em continuar com os processos terapêuticos para a progressão do tratamento, que, posteriormente evoluirá para redução e conseqüentemente alta das terapias para tratar as demandas alimentares. Por fim, reforçamos a necessidade de pesquisas científicas nessa área, com exames mais



específicos e rastreamento metabólico a fim de encontrar os gatilhos que resultam no desenvolvimento do Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo.

REFERÊNCIAS

1. Fisberg M, Maximino P. **A criança que come mal: atendimento multidisciplinar: a experiência do CENDA- Centro de Excelência em Nutrição e Dificuldades Alimentares do Instituto PENSI**. 1. Ed. Santana da Parnaíba: Manole, 2022.
2. **Guia de orientações- Dificuldades alimentares/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia**. São Paulo: SBP, 2022.
3. DOMINGUES, G., **Relação entre medicamentos e ganho de peso em indivíduos portadores de autismo e outras síndromes relacionadas**. Disponível em www.nutricaoativa.com.br acessado em 01/11/2022.
4. Marcelino C. **Autismo Esperança pela Nutrição**. ed. São Paulo; M.Books do Brasil, 2018.
5. Weffort RS, Lamounier AJ. **Nutrição em pediatria: da neonatologia a adolescência**. 2.ed. Barueri: Manole, 2017.
6. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. / [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli. 5.ed.Porto Alegre: Artemed, 2014.
7. Mahan LK, Raymond JL. **Krause alimentos, nutrição e dietoterapia**.14.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.