

Problemas Alimentares da Infância sem diagnóstico clínico: quando vigiar, quando actuar?

M. do Carmo Santos

RESUMO

Os problemas alimentares na infância são bastante comuns na clínica. Alguns repercutem-se nos parâmetros do desenvolvimento da criança, enquanto que noutras situações não são impeditivos de um desenvolvimento harmonioso.

Em qualquer dos casos, a investigação é, não raramente negativa, dificultando uma terapêutica dirigida à etiologia. As queixas dos pais são persistentes, e os clínicos sentem-se impotentes ou confusos quanto às soluções apropriadas a adoptar.

O presente trabalho tem por objectivo proceder à revisão da literatura sobre os quadros principais que se manifestam como dificuldades alimentares na infância, em que não foi possível fazer um diagnóstico pediátrico.

Procura-se ainda recordar o processo da função alimentar como uma das aquisições que o bebé necessita regular, e de como este processo está ligado com a vinculação.

Ilustram-se com alguns casos clínicos, para se sintetizar algumas linhas orientadoras no seguimento destes problemas pelos clínicos gerais e pediatras, e a oportuna referência para serviços ou equipas de saúde mental.

Palavras-chave: Perturbações alimentares não-orgânicas, lactente, criança pequena.

Nascer e Crescer 2004; 13 (4): 342-347

INTRODUÇÃO

Os problemas alimentares são bastante comuns nos lactentes e crianças pequenas⁽¹⁻³⁾. Muitos bebés manifestam nas primeiras semanas ou meses de vida um certo grau de imprevisibilidade, irregularidade e irritabilidade. Estes problemas podem melhorar e desaparecer, reaparecer mais tarde sob outras formas ou agravar e tornarem-se crónicos. A função alimentar é fundamental para um crescimento harmonioso, e deve ser enquadrada numa perspectiva do desenvolvimento, distinguindo os problemas benignos e auto-limitados, daqueles que irão exigir intervenção terapêutica.

Durante os primeiros meses de vida a tarefa de desenvolvimento do bebé é a de adquirir a homeostasia^(1,4-5), ou equilíbrio fisiológico que proporciona períodos de vigília calma ao longo do dia. É nestes períodos que o bebé pode aprender e interagir com o ambiente e organizar um padrão de respostas comportamentais à experiência. Pelos 3 meses, os padrões de alimentação e de sono tornam-se regulares e previsíveis, atingindo um estado de regulação.

O desenvolvimento da auto-regulação é um processo dinâmico que envolve transacções contínuas entre o bebé e os cuidadores – modelo transaccional – e as dificuldades devem ser compreendidas neste contexto. Neste modelo, a alimentação pode ser encaçada como uma série de interacções complexas entre a criança e o cuidador, o que exige que a criança manifeste as suas necessidades e desejos (fome, saciedade, mal-estar) e que o cuidador interprete estes sinais e lhes responda apropriadamente. Alimentar, é pois, um

processo recíproco que depende das capacidades e características dos pais e das crianças, e estes podem promover ou impedir este processo.

A vinculação, que diz respeito aos laços de afecto e interacção que o bebé estabelece com o cuidador primário entre os 3-6 meses, é fundamental na regulação emocional do bebé. Quando este processo é bem sucedido, diz-se que a vinculação é segura. Porém, quando se estabelece um padrão insuficiente nas trocas afectivas, ou qualitativamente anómalo, a vinculação que se vai estabelecer diz-se insegura – ambivalente ou evitante – conforma a natureza das perturbações em causa. Quando isso acontece, pode tornar-se difícil para o bebé tranquilizar-se e interferir com o desenvolvimento dos padrões regulares de sono e de alimentação. Spitz⁽⁶⁾ demonstrou a relação histórica entre problemas alimentares e cuidados maternos com os seus estudos de inanição na ausência de figuras de vinculação.

Em muitas situações os factores impeditivos para a vinculação segura dizem respeito ao cuidador: depressão materna, abuso de drogas, maus-tratos, negligência. Mas também factores ligados à criança podem interferir com a interacção social com o cuidador: integridade neurológica, prematuridade, doença crónica e atraso ou perturbação do desenvolvimento.

Crianças que podem ser avaliadas como frágeis, as nascidas prematuramente, aquelas em que o ritmo de crescimento ou o padrão alimentar é menos comum ou não agrada aos pais, são aquelas em que a relação alimentar está

em risco. Dahl⁽⁷⁾ destacou 4 factores preditivos de problemas alimentares: problemas alimentares na infância dos pais, ansiedade elevada durante a gravidez, dificuldades na amamentação e problemas de saúde na mãe.

Se a homeostasia, a vinculação e o temperamento do bebé podem afectar o processo alimentar, Ellyn Satter⁽⁴⁾ no seu excelente artigo sobre a relação alimentar descreve como por sua vez esta permite organizar e modular aqueles processos, e mais tarde a separação-individuação, fase em que a criança necessita exercer um controle crescente sobre o ambiente e as pessoas que a rodeiam.

Certos autores⁽³⁾ defendem a ideia de períodos sensíveis no bebé para aceitação de novos sabores (entre os 4 e os 6 meses) e de sólidos (pelos 6-7 meses), períodos estes que poderiam determinar o sucesso na diversificação alimentar e o desenvolvimento de uma capacidade motora oral normal. Pode ser tranquilizador para os pais, saberem que uma espécie de neofobia predomina no fim do primeiro ano de vida e que a exposição repetida e neutral de pequenas quantidades de novos alimentos, pode evitar a instalação de verdadeiros caprichos alimentares. E também que a alimentação forçada não leva a que a criança aumente a sua ingestão de alimentos, antes porém propicia à instalação de comportamentos de oposição e até de aversão da situação alimentar. Esta oposição pode assumir uma forma passiva que se traduz pela utilização pelo cuidador de técnicas de adulação, e pela criança através de uma morosidade, ou então assumir formas mais activas através do conflito aberto, em que o aumento em escalada pode provocar comportamentos de abuso pelo cuidador (não é rara, por exemplo, a técnica de apertar o nariz). O conflito por sua vez pode produzir anorexia de várias maneiras: o stress gerado pode estimular o sistema nervoso simpático que vai suprimir a sensação de fome e por outro lado a criança aprende a associar refeições com emoções intensas, mascarando as sensações correctas de fome e saciedade⁽⁸⁾.

QUADROS CLÍNICOS

Pode definir-se “problema alimentar” como qualquer défice da ingestão de nutrientes que resulta em subnutrição, crescimento insuficiente ou em refeições com stress para a criança e a família⁽¹⁾. Esta definição é muito útil na clínica, ao não se restringir à quantidade da ingestão de nutrientes, mas incluir também a vertente relacional da alimentação, muitas vezes esquecida ou pouco valorizada. Isto significa que o conflito, a morosidade e o stress experimentados às refeições devem constituir sintomas para considerarmos estar perante um problema alimentar. Com esta definição, estima-se que 25 – 40% de lactentes e crianças pequenas saudáveis, experimentem sintomas ligeiros e problemas mais graves em 1 a 2%. Crianças com doenças gastrointestinais e problemas de desenvolvimento têm um risco elevado: 33-80%^(1,2,9). Crianças com prematuridade e baixo peso ao nascer, início precoce (1º trimestre) dos problemas alimentares e com história de vômitos frequentes e de longa duração, são propensas a dificuldades alimentares graves⁽⁹⁾. Crê-se que as experiências aversivas durante a alimentação vão condicionar uma aprendizagem do evitamento.

Em todos os casos de dificuldades alimentares é fundamental a história médica, avaliar o temperamento da criança, a vinculação e observar a interacção pais-criança na alimentação.

A avaliação da interacção, especialmente durante a alimentação, é fundamental, podendo ser muito útil no diagnóstico, evitando a realização de exames desnecessários, e também no tratamento. A integridade e a proficiência das capacidades de sucção-deglutição no bebé, a quantidade da produção do leite nas mães que estão a amamentar, e a qualidade da interacção pode ser facilmente avaliada. As características de certas preocupações (cuspir, vomitar, sufocar) podem ser observadas e discutidas com a mãe. Permite avaliar como a alimentação se processa, e a flexibilidade ou rigidez dos pais.

As perturbações alimentares podem inserir-se em dinâmicas distorcidas da situação alimentar, o que pode ser um indicador de interacções perturbadas, não sendo forçoso que o seja.

O termo atraso de crescimento tem tido várias definições, mas pode considerar-se o crescimento que tenha desacelerado abaixo dos 3 a 5%, ou que tenha sofrido uma alteração com cruzamento de duas linhas de percentis. Tem sido dividido no tipo “orgânico” e “não-orgânico”, em que estes atingem quase 50% dos casos. Esta classificação contudo, torna-se errónea, já que em muitos casos existe uma combinação de factores fisiológicos, ambientais e emocionais^(1,2). Deste modo, o tratamento de crianças com problemas alimentares e doenças orgânicas associadas, deveria ter em conta o componente comportamental.

Para os quadros em que não se detectam factores de origem orgânica o DSM-IV-TR⁽¹⁰⁾ definiu a categoria de “Perturbação alimentar da primeira infância ou do início da segunda infância”. O diagnóstico exige “uma incapacidade persistente para comer adequadamente, com incapacidade significativa para ganhar peso, ou perda significativa de peso durante pelo menos 1 mês” não causada por uma doença associada. Uma psiquiatra norte-americana, que se tem dedicado a esta área, Irene Chatoor, propõe a seguinte classificação⁽¹¹⁾:

- A. Perturbação alimentar da homeostase (0-3 meses)
- B. Perturbação alimentar da vinculação (3-6 meses)
- C. Perturbação da separação/individuação ou anorexia infantil (6-36 meses)
- D. Perturbação alimentar pós-traumática

A primeira manifesta-se desde as primeiras semanas de vida pela dificuldade em estabelecer um padrão alimentar regular e calmo com uma ingestão

adequada. O bebé está muitas vezes irritável, sonolento ou fatiga-se facilmente durante as mamadas. Quer factores do bebé, quer do cuidador podem contribuir para este quadro. Como factores médicos bem como do desenvolvimento estão geralmente presentes, pode surgir um ciclo em escalada de ansiedade, que leva a maiores dificuldades alimentares. O tratamento geralmente exige a orientação para uma clínica de perturbações alimentares ou para uma equipa multidisciplinar similar.

A perturbação alimentar da vinculação caracteriza-se por uma falta de interesse e prazer entre o bebé e o cuidador. Os problemas alimentares e a subnutrição são secundários a negligência, privação ou problemas mentais graves do cuidador, que provocam uma reacção depressiva no bebé, com atraso de desenvolvimento e de crescimento subsequente. Estes bebés melhoram rapidamente em internamento hospitalar. Este quadro corresponderia ao descrito por Spitz em crianças com uma desregulação fisiológica global.

A perturbação da separação/individualização (ou anorexia infantil) manifesta-se por luta ou conflito durante as refeições, à medida que a criança se torna mais independente. Estes movimentos normais para a independência são interpretados pelos pais como “difíceis” ou “teimosia”, resultando em mais conflito e esforços para forçar a criança a comer. A recusa em comer causa ansiedade nas mães e insegurança, que por sua vez lhes pode dificultar uma leitura correcta dos sinais alimentares da criança. A sua ansiedade aumenta à medida que a criança continua a recusar comer. O tratamento geralmente envolve uma psicoterapia progenitor-criança no ambulatório para ajudar os pais a aprender a ler os sinais da criança e a estruturar rotinas nas refeições.

No quadro I estão discriminados os sintomas destes últimos dois quadros, e ainda de uma forma parcial de anorexia, que a autora designa de “picky eating”, que poderá corresponder à expressão “debiqueira”.

Quadro I

Critérios de diagnóstico dos problemas alimentares, segundo Chatoor

Perturbação alimentar da vinculação

1. Início entre os 2 e 8 meses
2. O bebé apresenta subnutrição aguda e/ou crónica
3. Manifesta atraso cognitivo, motor e socio-emocional
4. História de psicopatologia materna a que se associa inconsistência nos cuidados ao bebé
5. Reciprocidade pobre progenitor-bebé durante a alimentação

Anorexia infantil

1. Início entre 6 meses e 3 anos (pico entre 9-18 meses), com a transição para a autonomia alimentar
2. Recusa alimentar pelo menos durante 1 mês
3. Subnutrição aguda e/ou crónica
4. Preocupação e ansiedade parental em relação à recusa alimentar
5. Interação conflitual progenitor-bebé durante a alimentação

Picky eating (forma subclínica de anorexia infantil)

1. Selectividade alimentar pelo menos durante 1 mês que envolve todos ou alguns tipos de alimentos
2. Não há subnutrição
3. Preocupação parental variável

A perturbação alimentar pós-traumática inicia-se após um incidente de vômito, ou pode estar associado a uma doença ou acto médico. Pode ocorrer desde a lactância, e manifesta-se por um evitamento fóbico agudo da comida. Pode complicar qualquer uma destas tipologias.

Por fim, existem quadros em que nem problemas médicos ou do desenvolvimento, ou factores ligados ao cuidador são identificados. Fala-se então da importância de reconhecer as perturbações alimentares primárias.

Tolia⁽¹²⁾ descreveu um grupo de crianças que não mostrava interesse pela alimentação desde o nascimento, e em que não foi reconhecida psicopatologia parental. Sugere-se a possibilidade de uma disfunção do apetite nestas crianças, sabendo-se que o apetite é um processo biopsicossocial complexo⁽¹³⁾. Sendo frequentemente atribuídas às

perturbações da relação mãe-criança, a origem dos problemas alimentares, importa sem descurar os aspectos emocionais relembra, como o faz Michael Farrell⁽¹³⁾, que é necessário distinguir as reacções dos pais como primárias ou secundárias. Pois é facilmente compreensível que ameaçada uma função vital para a sobrevivência dos filhos, a angústia, a ansiedade e sentimentos de impotência e frustração se instalem nos pais da criança que se recusa a comer. E nestes esforços, podem surgir situações de violência, involuntária ou não, sobre a criança.

Por outro lado, sabe-se que os problemas instalados precocemente, têm tendência a persistir⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

OBSERVAR, INTERVIR OU ORIENTAR

Bleichfeld e Montgomery⁽¹⁾ propõem um esquema de apreciação da gravidade e a actuação do clínico apropriada face àquela.

a) Problemas ligeiros: Observar

A criança tem uma aparência saudável e feliz, está a crescer e a desenvolver bem. O problema não está a interferir muito nem com a criança nem com a família. Os pais podem queixar-se de que o bebé “cospe muito”, a criança é “debiqueira,” “não quer comer vegetais/fruta” ou “não come o suficiente.” Estes problemas caracterizam-se por:

- sintomas ligeiros ou de breve duração (< 30 dias)
- O crescimento é normal ou excede as expectativas
- O exame físico é normal
- Pais não estão angustiados ou apenas ligeiramente
- Ausência de factores de risco adicionais (depressão materna, perturbação da vinculação)

Podem ser resolvidos pela psicoeducação dos pais: tranquilizá-los acerca da saúde da criança, falar na variação do desenvolvimento, incentivá-los a resolver em conjunto qualquer problema e explorar as suas preocupações. Pode ser útil reavaliar o peso da criança e o funcionamento familiar dentro de 4 a 8 semanas.

b) Problemas de dificuldade moderada: Intervenção

Exigem um tratamento específico ou uma estratégia de intervenção, e um acompanhamento e observações frequentes. Geralmente causam mal-estar significativo (físico, comportamental ou psicológico) à criança ou à família, mas não interferem com o seu estado de saúde ou desenvolvimento. Os pais referem que “o bebé está sempre agitado, irrequieto”, “está sempre a chorar”, “cospe tudo o que come”, “está sempre com fome”. A criança mostra falta de prazer com a comida ou falta de apetite, “está sempre a atirar com a comida”, “não se quer sentar à mesa” ou “bebe mais do que come”. Estas situações caracterizam-se por:

- Sintomas moderados ou de maior duração (1-3 meses)

- Crescimento é normal ou desacelerou ligeiramente

- Pais manifestam um grau moderado de frustração, mal-estar ou preocupação

- Podem existir factores de risco adicionais (estilo parental ou expectativas inapropriadas, desavenças conjugais, desacordo nos cuidados)

- Exame físico normal

Torna-se também necessária a psicoeducação: incentivar a inter-ajuda nos pais, procurando criar um tom emocional neutro nas refeições, que devem seguir certas regras - horários regulares, duração entre 10-25 minutos, mesma localização, limitação de líquidos, responder aos sinais de fome e saciedade da criança e não forçar a comer. A reavaliação é fundamental, e, se possível, com ambos os pais, o que significa que o problema é importante e que exige mais de uma pessoa activamente envolvida no tratamento.

A incapacidade de implementar estas sugestões é frequentemente um indicador de disfunção familiar ou de psicopatologia e uma indicação de orientação para especialista. Se as sugestões são cumpridas e os sintomas não melhoram, pode existir um problema físico não detectado.

c) Problemas graves: Orientação

Interferem claramente com a saúde da criança, e, geralmente com o funcionamento familiar. Há sinais de não conseguir manter uma velocidade de crescimento normal ou perdeu peso, ou a família manifesta um grande mal-estar ou conflito. São exemplos a recusa alimentar total, as grandes batalhas às refeições ou uma grande restrição de alimentos. Eis as principais características:

- Os sintomas são graves ou de longa duração (>3 meses), ou as intervenções não resultaram e os sintomas agravaram-se.

- A velocidade de crescimento desacelerou significativamente, com sinais de atraso de crescimento.

- Os pais não são capazes de cooperar com o tratamento ou manifestam um mal-estar.

- Anomalias na sucção ou deglutição.

Estes problemas exigem tratamento por uma equipa multidisciplinar ou clínicas especializadas. Pode estar indicada a hospitalização para uma avaliação inicial, estabilização e tratamento.

EXEMPLOS CLÍNICOS

A Unidade de Pedopsiquiatria de Ligação do Hospital Maria Pia tem por vocação colaborar na observação e tratamento de crianças com sintomas físicos ou doenças crónicas, em que o sofrimento psicológico atingiu uma dimensão importante, tornando necessária uma intervenção junto da criança ou na família. É uma equipa multidisciplinar constituída por médico pedopsiquiatra, psicólogo e técnico de serviço social, que trabalha em articulação com outros técnicos de saúde do hospital. Esta Unidade tem-se confrontado com a observação de crianças em que a anorexia ou recusa alimentar são o principal motivo de observação, ou então emergem durante a avaliação de um problema concomitante.

Caso clínico 1

A Rita vem à consulta de Pedopsiquiatria aos 7 anos por problemas de aprendizagem. Frequenta a consulta de Pediatria desde os 7 meses por “aumento deficitário de peso”. A mãe é uma senhora ansiosa, que enumera num discurso rápido, todas as preocupações e atribuições que tem atravessado com os filhos, perante uma expressão algo divertida da filha. Após o nascimento do primeiro filho deixou “de gostar de crianças”, justificando com os seus problemas graves de sono. Mas tinha decidido engravidar novamente para proceder a uma laqueação a realizar durante uma cesariana programada. Durante a gravidez, tinha tido problemas com o peso, engordava pouco, pois “não tinha tempo para comer”, devido a uma

actividade profissional intensa. Depois de nascer, a bebé mamava pouco, adormecia. Sempre tivera grandes dificuldades com a alimentação da Rita. Eis alguns exemplos da apreciação da situação actual, marcada por longas batalhas às refeições, que são morosas: “ela é irritativa, é atabalhoada”; “é uma criança que cansa, ela tira-me anos de vida”; “não tenho outros problemas, o meu problema é ela”; “às vezes apetece-me atirar com ela contra a parede”.

Comentário: esta situação parece enquadrar-se numa perturbação da vinculação, em que a mãe decide engravidar por motivos que não representam um verdadeiro desejo de investir numa outra criança: as preocupações com o seu peso deficiente na gravidez, acentuam sentimentos de culpabilidade, que preparam um fundo de preocupação excessiva e de angústia com a função de alimentar a filha. Por outro lado, é uma mãe que não tolerava ou não se adaptava às características e ritmo alimentar da recém-nascida. A perturbação do seu desenvolvimento afectivo, veio afectar posteriormente o seu investimento na aprendizagem escolar. A intervenção dirigiu-se para a relação mãe-criança, conseguindo-se uma maior tolerância e aceitação com o comportamento alimentar da filha, que teve uma melhoria parcial.

Caso clínico 2

O Bruno é um menino de 18 meses, que é internado por recusa alimentar. Frequenta a consulta de Pediatria desde os 6 meses, por vómitos, dificuldades na deglutição e recusa alimentar. Estes dados contrastam fortemente com o seu aspecto físico, pois é uma criança rosada, bem nutrida, até demais. Apresenta realmente um bom desenvolvimento estatoponderal – comprimento 85 cm (P75), peso 15,980 Kg (>> P95). A mãe trás consigo um relatório do seu psiquiatra assistente: “Crise Depressiva Major, reactiva à doença do filho (que nasceu sem instinto alimentar?) (...) Observa o sofrimento da criança, descontrola-se e fantasia poder matá-lo para poder aliviar o sofrimento de ambos.” Os problemas

alimentares são de longa data (“não pegava no peito, metia-lhe o mamilo na boca, e espremia-o”); as enfermeiras ensinaram-na a apertar o dedo grande do pé; ainda na maternidade, pensou que o bebé ia morrer. “No 1º mês era o pai que o picava”. Até aos 14 meses, faziam turnos de 3/3 horas para lhe dar o leite. O modo actual de alimentar a criança configurava uma verdadeira forma de maus-tratos: a criança abria passivamente a boca, e a mãe introduzia-lhe a sopa; de seguida cerrava-lhe a boca premindo-lha a mandíbula, enquanto com a outra mão apertava-lhe o nariz para lhe provocar a deglutição. Na semana anterior ao internamento tinha havido uma tentativa de asfixiar o bebé, acontecimento dramático que consciencializa a mãe a pedir ajuda.

COMENTÁRIO

Trata-se também de uma perturbação da vinculação, em que a psicopatologia parental é o problema dominante, sendo de assinalar a sua particular gravidade. Atente-se nas noções de puericultura desajustadas veiculadas pelos técnicos de saúde da maternidade, ou pelo menos distorcidas pelos pais, bem como um estado psicológico perturbado que não foi reconhecido. A intervenção desenvolvida, junto da mãe e do bebé durante o internamento, as entrevistas com os pais, bem como o contacto estabelecido com o psiquiatra assistente da mãe, permitiram uma evolução favorável.

CONCLUSÕES

Pais preocupados com o crescimento dos filhos – que os vêem como pequenos ou nutricionalmente em risco, têm maior probabilidade de se tornarem exagerados na situação alimentar⁽⁴⁾. A ideia da “divisão de responsabilidades”, pode ser um guia orientador: aos pais cabe escolher o tipo de alimentos, à criança cabe decidir a quantidade.

A prevenção primária e secundária é fundamental nas crianças em risco. O ensino e apoio de práticas positivas, o

suporte e treino na parentalidade podem prevenir a maior parte das dificuldades. A um nível secundário, podem resolver-se os problemas que surgem no contexto de uma parentalidade sensível e tolerante. Os cuidados terciários destinam-se aos quadros descritos como perturbações alimentares, e exigem equipas multidisciplinares e com experiência.

É importante ter em mente que um diagnóstico global e uma intervenção tão precoce quanto possível são fundamentais para os resultados, e que o apoio aos pais nestes quadros é sempre necessário.

Como linhas orientadoras finais na avaliação das dificuldades alimentares destacam-se:

- A importância de reconhecer os problemas alimentares da 1ª infância: mesmo sem diagnóstico clínico, são potencialmente graves (risco de maus tratos, desorganização da vida familiar e de interacções patológicas pais-criança)
- A intervenção apropriada nas situações ligeiras e moderadas, pode ser eficaz e prevenir a instalação de problemas crónicos e de difícil tratamento.
- A falência destas intervenções e os quadros graves devem levar à decisão de enviar para equipa multidisciplinar.

NONORGANIC CHILDHOOD FEEDING DISORDERS: WHEN TO WATCH, WHEN TO INTERVENE?

ABSTRACT

Childhood feeding disorders are common. Some of them result in under-nutrition, while others do not interfere with a normal development.

In either cases, evaluations are sometimes normal making difficult an etiological treatment. Complaints from parents are longstanding, and clinicians feel confused about how to intervene.

This paper claims to review feeding disorders without organic factors. It also tries to recall that feeding is a task that babies must regulate, process that is mediated by attachment.

Some clinical examples are presented. Finally, guidelines for triage assessment, treatment planning and referring for mental health services are suggested.

Key-words: Nonorganic feeding disorders, infant, toddler.

Nascer e Crescer 2004; 13 (4): 342-347

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Bleichfeld B, Montgomery ME. Feeding and sleeping problems of infancy and early childhood. In: Kaye DL, Montgomery ME, Munson SW, editors. Child and adolescent mental health. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002. p. 226-251.
- 2 - Burcklow KA, Phelps AN, Schultz JR, McConnell K, Rudolph C. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998; 27: 143-47.
- 3 - Skuse D. Identification and management of problem eaters. *Arch Dis Child* 1993; 69: 604-08.
- 4 - Satter E. The feeding relationship: Problems and interventions. *J Pediatr* 1990; 117: 181-89.
- 5 - Pridham KF. Feeding behavior of 6- to 12-month-old infants: assessment and sources of parental information. *J Pediatr* 1990; 117: S174-80.
- 6 - Spitz R. Anaclitic depression. *Psychoanal Study Child* 1946; 2: 313-42.
- 7 - Dahl M, Eklund G, Sundelin C. Early feeding problems in an affluent society II. Determinants. *Acta Paediatr Scand* 1986; 75: 380-87.
- 8 - Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, Borman-Spurrell E, Mrazek DA. Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 743-51.
- 9 - Douglas JE, Bryon M. Interview data on severe behavioural eating difficulties in young children. *Arch Dis Child* 1996; 75: 304-08.
- 10 - The diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington, 2000.
- 11 - Chatoor I, Ganiban J, Colin V, Plummer N, Harmon RJ. Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 1217-24.
- 12 - Tolia V. Very early onset nonorganic failure to thrive in infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1995; 20: 73-80.
- 13 - Farrell MK. Difficult feeders: intervene or watch? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1995; 20: 2-3.
- 14 - Dahl M. Early feeding problems in an affluent society III. Follow-up at two years: natural course, health, behaviour and development. *Acta Paediatr Scand* 1987; 76: 872-80.
- 15 - Dahl M, Kristiansson B. Early feeding problems in an affluent society IV. Impact on growth up to two years of age. *Acta Paediatr Scand* 1987; 76: 881-88.

Correspondência:

Unidade de Pedopsiquiatria de Ligação
Hospital Maria Pia
Rua da Boavista, 827
4050 Porto