

TRANSTORNO ALIMENTAR RESTRITIVO EVITATIVO: INTERFACES E DESAFIOS NO MANEJO NUTRICIONAL E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS INTEGRADAS

Adriana Fernandes Soares¹;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí.

<http://lattes.cnpq.br/7462545879608414>

Hiala Layla da Silva Alves²;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí.

<http://lattes.cnpq.br/7828222788908027>

Yasmim Helen de Sousa Oliveira³;

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí.

<https://lattes.cnpq.br/0715888840954685>

Regina Márcia Soares Cavalcante⁴.

Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí.

<https://lattes.cnpq.br/3272448488233781>

RESUMO: O transtorno alimentar restritivo evitativo (TARE) é um transtorno alimentar caracterizado por forte seletividade, aversões sensoriais, medo de novos alimentos e falta de interesse pelo comer, sem vínculo com preocupações sobre peso ou forma corporal. Geralmente inicia na infância e adolescência e apresenta maior prevalência no sexo masculino, estando frequentemente associado à ansiedade, depressão, TEA, TDAH e problemas gastrointestinais. Esses fatores contribuem para déficits nutricionais, prejuízos no crescimento, dependência de suplementos e comprometimento do convívio social e familiar. O manejo nutricional é desafiador devido à ingestão limitada e à rejeição de diferentes grupos alimentares, exigindo intervenções individualizadas. Abordagens como o Encadeamento Alimentar, a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia Baseada na Família demonstram bons resultados ao promover a exposição gradual a novos alimentos, reduzir a ansiedade e favorecer mudanças comportamentais. A Educação Alimentar complementa o processo, embora não deva ser utilizada isoladamente. Portanto, o tratamento do TARE requer atuação multidisciplinar contínua entre nutricionistas, profissionais de saúde mental, médicos e família, possibilitando ampliação segura da dieta, correção de deficiências e melhora global do funcionamento psicossocial. Com isso, este capítulo tem como finalidade discutir os principais desafios do manejo nutricional no TARE e apresentar as estratégias terapêuticas integradas que contribuem para uma evolução

clínica mais eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Tare. Estratégias Integradas. Manejo Nutricional.

AVOIDANT/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER: INTERFACES AND CHALLENGES IN NUTRITIONAL MANAGEMENT AND INTEGRATED THERAPEUTIC STRATEGIES

ABSTRACT: ARFID is an eating disorder characterized by strong selectivity, sensory aversions, fear of new foods, and lack of interest in eating, without any connection to concerns about weight or body shape. It usually begins in childhood and adolescence and shows higher prevalence in males, frequently associated with anxiety, depression, ASD, ADHD, and gastrointestinal problems. These factors contribute to nutritional deficiencies, impaired growth, dependence on supplements, and difficulties in social and family interactions. Nutritional management is challenging due to limited intake and rejection of multiple food groups, requiring individualized interventions. Approaches such as Food Chaining, Cognitive-Behavioral Therapy, and Family-Based Therapy show positive outcomes by promoting gradual exposure to new foods, reducing anxiety, and supporting behavioral changes. Nutrition Education complements the process, although it should not be applied in isolation. Therefore, ARFID treatment requires continuous multidisciplinary collaboration among nutritionists, mental health professionals, physicians, and family members, enabling safe dietary expansion, correction of deficiencies, and overall improvement in psychosocial functioning. Thus, this chapter aims to discuss the main challenges of nutritional management in ARFID and to present the integrated therapeutic strategies that contribute to a more effective clinical progression.

KEYWORDS: Arfid. Integrated Strategies. Nutritional Management.

INTRODUÇÃO

De acordo com Cucinotta, Romano e Dipasquale (2023), o TARE (Transtorno de Evitação/Restrição da Ingestão de Alimentos ou Transtorno Restritivo Evitativo da Ingestão de Alimentos) é caracterizado pela dificuldade persistente em se alimentar, que pode incluir falta de interesse pelo comer ou forte evitação alimentar. Esse padrão é grave o suficiente para causar perda de peso, deficiências nutricionais, dependência de suplementos ou alimentação enteral e comprometimento do funcionamento psicossocial, sem estar relacionado à preocupação com peso ou forma corporal.

Antes conhecido como “transtorno de alimentação da primeira infância”, o TARE incluía problemas alimentares definidos em crianças até os 6 anos de idade. Atualmente, não há restrição de idade para o início da doença, podendo acometer crianças, adolescentes e adultos. O transtorno interfere significativamente no funcionamento psicossocial, já que

a alimentação é, culturalmente, uma das formas de socialização. Dessa forma, devido à alimentação extremamente restrita, o indivíduo fica impossibilitado de participar de eventos com família ou amigos, como almoços e viagens, comprometendo seu convívio em sociedade. O TARE é mais frequente na infância e início da adolescência, apresenta maior prevalência no sexo masculino e tende a ter períodos de duração mais longos em comparação à anorexia nervosa e à bulimia nervosa (Lima *et al.*, 2024)

Segundo Martins *et al.* (2025), o TARE está fortemente ligado a diferentes questões, especialmente comorbidades psiquiátricas, como ansiedade, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e distúrbios associados a traumas. Além disso, é comum a conexão com distúrbios do neurodesenvolvimento, especialmente transtorno do espectro autista-TEA, TDAH e sensibilidades sensoriais. Muitos indivíduos afetados também apresentam problemas gastrointestinais, incluindo refluxo, constipação e dor abdominal funcional, além de um histórico de experiências alimentares adversas e evitação sensorial. Essas comorbidades agravam a situação clínica e complicam o tratamento, reforçando a importância de um trabalho em equipe multidisciplinar.

Ademais, o TARE se manifesta dentro de um amplo espectro de problemas alimentares infantis, que podem surgir devido a mudanças em fatores biológicos, motores, sensoriais ou na dinâmica entre cuidador e criança, influenciando tanto a saúde da criança quanto o bem-estar da família (De Toro; Aedo; Urrejola, 2021).

Desse modo, o tratamento do TARE deve ser conduzido por abordagens integradas, uma vez que métodos isolados não são suficientes para lidar com a complexidade do transtorno. Considerando que o TARE abrange fatores neurobiológicos, sensoriais, comportamentais e nutricionais, a intervenção precisa combinar suporte nutricional, terapia comportamental e acompanhamento médico. É importante enfatizar que o nutricionista desempenha um papel crucial na correção de deficiências e na ampliação gradual da dieta, enquanto os terapeutas trabalham estratégias de exposição e redução da ansiedade diante dos alimentos. O acompanhamento médico assegura a estabilidade clínica e o manejo de comorbidades, e a participação ativa da família garante consistência nas práticas alimentares, favorecendo a continuidade do tratamento. Assim, somente uma atuação coordenada entre profissionais e cuidadores possibilita resultados mais eficazes no manejo do TARE (Fonseca *et al.*, 2024).

Consequentemente, o manejo nutricional do TARE é desafiador devido à forte seletividade, medo de novos alimentos e aversões sensoriais, o que dificulta a ampliação da dieta. Também há risco de deficiências nutricionais e, em quadros mais graves, necessidade de suplementos ou alimentação enteral. Por essa razão, o tratamento deve iniciar pelos alimentos “seguros” aceitos pelo indivíduo e utilizar o *Food Chaining*, que consiste em introduzir novos alimentos de forma gradual, escolhendo itens muito semelhantes aos já aceitos, para facilitar a expansão alimentar. Esse processo exige monitoramento contínuo e orientação familiar (Bialek-Dratwa *et al.*, 2022).

A compreensão do TARE e de suas interfaces com outros transtornos é essencial para identificar como esses fatores impactam o manejo nutricional e o cuidado clínico. Considerando que o quadro envolve seletividade alimentar, desafios sensoriais e possíveis comorbidades, torna-se necessário adotar intervenções articuladas que abrangem manejo dietético, educação alimentar, suporte nutricional e participação ativa da família. Com isso, este capítulo tem como finalidade discutir os principais desafios do manejo nutricional no TARE e apresentar as estratégias terapêuticas integradas que contribuem para uma evolução clínica mais eficaz.

CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS DO TARE E OUTROS TRANSTORNOS ALIMENTARES

O transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) é uma condição na qual a pessoa evita ou limita o que come, seja pela quantidade de comida ou pela variedade de alimentos, evitando certos tipos específicos. Essa situação pode resultar em perda de peso, crescimento irregular, carências nutricionais ou até na necessidade de usar sonda ou suplementos para se alimentar. Além disso, o TARE pode impactar a vida social e emocional da pessoa, dificultando sua relação com a alimentação (Kambanis; Thomas, 2023).

Nesse contexto, é importante destacar que, diferentemente de outros transtornos alimentares, o TARE não se manifesta no âmbito de preocupações relevantes como a forma e o peso corporal, nem abrange comportamentos obsessivos relacionados à aparência física, temor de ganhar peso, desejo de emagrecer ou distorção da imagem corporal (Sanchez-Cerezo *et al.*, 2024). O transtorno pode afetar pessoas de todas as idades, porém é mais comum na infância e no começo da adolescência, sendo mais prevalente entre os meninos. Além disso, sua duração costuma ser maior do que a da anorexia nervosa e da bulimia nervosa. Ademais, há uma associação frequente com a ansiedade generalizada e sensibilidade sensorial, especialmente em crianças no espectro autista, que apresentam dificuldades de aprendizagem ou deficiência cognitiva (Lima *et al.*, 2024).

Considerando essa heterogeneidade de perfis clínicos, compreende-se que o TARE apresenta diferentes manifestações de evitação ou restrição alimentar, as quais se relacionam a distintas fisiopatologias e motivações. De acordo com o DSM-5, três apresentações clínicas principais podem ser observadas: (1) ingestão limitada, caracterizada por falta de interesse geral por comida, baixa motivação para comer ou ausência de apetite; (2) evitação baseada nas propriedades sensoriais dos alimentos, como textura, temperatura ou odor, predominante em indivíduos com sensibilidade sensorial aumentada; e (3) evitação decorrente de experiências aversivas anteriores, como engasgo, vômito ou dor gastrointestinal, que geram respostas de medo relacionadas ao ato de comer. Essas apresentações podem ocorrer de forma isolada ou combinada, impactando significativamente o padrão alimentar, o risco nutricional e a evolução clínica (Alvarenga; Dunker; Philippi, 2020; Bourne *et al.*, 2020; Katzman; Norris; Zuker, 2019).

Em síntese, o TARE possui características distintas que o separam de outros transtornos alimentares, principalmente pela falta de preocupações relacionadas ao peso e à forma corporal. As várias manifestações, que podem incluir elementos sensoriais, emocionais ou experiências aversivas, evidenciam a complexidade do quadro e seus possíveis efeitos na nutrição e na psicologia social. Entender esses fatores é fundamental para o diagnóstico correto do transtorno e para a implementação de intervenções mais eficientes.

DESAFIOS NO MANEJO NUTRICIONAL E NAS INTERFACES TERAPÊUTICAS

O manejo nutricional do TARE apresenta complexidades que se evidenciam nas próprias características do transtorno, como a ingestão de porções muito pequenas, a evitação marcada de determinados alimentos e o desconforto diante de sensações interoceptivas desagradáveis durante as refeições. Muitos indivíduos vivenciam saciedade precoce, baixa fome e ansiedade intensa ao comer, o que reduz de forma significativa a variedade e a quantidade de alimentos consumidos (Zucker *et al.*, 2019). Esses fatores aumentam o risco de perda de peso, deficiências nutricionais e, em casos mais graves, dependência de suplementação ou alimentação por sonda, além de interferirem no funcionamento familiar, social e escolar quando situações alimentares são evitadas ou associadas ao estresse. Diante desse cenário, as intervenções nutricionais precisam ser altamente individualizadas e articuladas com outros profissionais, considerando que a restrição alimentar não está relacionada a preocupações com peso ou forma corporal (Fisher *et al.*, 2014).

Nesse contexto, as deficiências nutricionais representam um dos principais desafios e demandam atenção constante. Pacientes com evitação de alimentos de origem animal, por exemplo, podem apresentar risco elevado de deficiência de vitamina B12, zinco, ferro ou proteína, cada uma associada a manifestações clínicas específicas (Thomas; Eddy, 2019). Ademais, o padrão restritivo típico do transtorno pode afetar tanto os macronutrientes quanto os micronutrientes, mesmo em pessoas com peso normal ou sobrepeso, o que evidencia a necessidade de uma avaliação profissional. Esse cenário é particularmente alarmante em crianças, já que uma alimentação constantemente restrita durante o crescimento pode comprometer o desenvolvimento. Entre as deficiências mais comuns em pessoas com TARE estão as vitaminas do complexo B, vitaminas C e K, além de minerais como zinco e ferro. Além disso, há uma ingestão reduzida de proteínas e energia, o que eleva o risco de desnutrição ao longo do tempo (Kurz *et al.*, 2015; Schmidt *et al.*, 2021).

Quando a variedade e a quantidade de alimentos tornam-se extremamente reduzidas, muitos pacientes passam a depender de suplementos nutricionais orais e, em casos mais severos, podem necessitar de alimentação enteral (Associação Psiquiátrica Americana, 2013). As exclusões alimentares específicas tendem a gerar deficiências igualmente específicas, de acordo com os grupos retirados da dieta (Brigham *et al.*, 2018). Como consequência, os pacientes podem apresentar sintomas de desnutrição aguda como

fadiga, tontura e desmaios e também sinais de desnutrição crônica, incluindo dor abdominal, constipação, intolerância ao frio, amenorreia, pele seca e queda de cabelo. No exame clínico, esses quadros costumam se manifestar por sinais como caquexia, hipotermia, bradicardia, taquicardia ortostática, hipotensão, distensão abdominal, lanugo e palidez, evidenciando o impacto sistêmico da restrição alimentar (Mammel; Ornstein, 2017).

Para além das repercussões nutricionais e clínicas, os padrões alimentares seletivos e restritos do TARE também prejudicam o desenvolvimento social e emocional, aumentando o estresse e os conflitos familiares relacionados à alimentação. Esse quadro está associado a maior risco de distúrbios do neurodesenvolvimento, problemas de comportamento e transtornos de conduta. A gravidade do TARE, especialmente quando há medo intenso de consequências negativas ao comer, relaciona-se ainda a níveis mais elevados de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos ligados ao trauma (Fonseca *et al.*, 2024). Diante desse conjunto de impactos, torna-se evidente que o manejo do TARE exige uma abordagem terapêutica abrangente e multidisciplinar, capaz de considerar simultaneamente as necessidades nutricionais, emocionais e comportamentais do indivíduo, assegurando intervenções mais eficazes e promovendo maior qualidade de vida.

ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS INTEGRADAS NO CUIDADO: MANEJO DIETÉTICO, EDUCAÇÃO ALIMENTAR E SUPORTE NUTRICIONAL

O tratamento do TARE exige uma abordagem multidisciplinar, na qual estratégias integradas de manejo dietético, educação alimentar e suporte nutricional desempenham um papel fundamental. Dentro desse conjunto de intervenções, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se destaca como um recurso central, pois atua diretamente nos fatores emocionais e comportamentais que sustentam a seletividade e a evitação alimentar (Howard *et al.*, 2023). Geralmente conduzida ao longo de 20 a 30 sessões, a TCC é organizada em etapas que incluem exposição gradual a novos alimentos, orientações educativas sobre alimentação, técnicas de regulação da ansiedade e envolvimento da família. Essa integração entre intervenção psicológica e cuidado nutricional permite que o paciente avance de forma segura na ampliação do repertório alimentar, fortaleça sua autonomia e receba um suporte nutricional mais efetivo, reduzindo progressivamente os impactos do transtorno (Nocerino *et al.*, 2024).

Além da intervenção psicológica, o manejo dietético torna-se um componente essencial do cuidado, especialmente porque muitos pacientes com TARE chegam ao nutricionista ainda na fase inicial da investigação (Norris *et al.*, 2016). Por isso, o profissional precisa reconhecer os sinais do transtorno e evitar intervenções precipitadas, como tentar substituir os “alimentos seguros”, mesmo quando são ultraprocessados. Essa postura pode aumentar a recusa alimentar e levar o paciente à fome. Assim, os alimentos seguros devem ser aceitos como ponto de partida pela família, escola e equipe de saúde, permitindo que estratégias progressivas como o Encadeamento Alimentar sejam aplicadas de forma

gradual e segura, favorecendo a ampliação do repertório alimentar ao longo do tratamento (Fraker *et al.*, 2007).

Nesse processo, a educação alimentar e nutricional (EAN) desempenha um papel essencial ao complementar o manejo da dieta e apoiar a intervenção cognitivo-comportamental. Quando aplicada de maneira integrada, a EAN possibilita que o nutricionista utilize métodos e ferramentas que promovem o desenvolvimento de habilidades pessoais, como o *empowerment*. Isso ajuda o paciente a entender sua alimentação, diminuir crenças distorcidas e fazer escolhas mais saudáveis. (Alvarenga, 2017; Greenwood; Fonseca, 2016). No entanto, em virtude das mudanças cognitivas e comportamentais que definem o TARE, como medo, ansiedade e intensa evitação alimentar, a EAN não deve ser utilizada de forma isolada. Portanto, seu uso deve ser combinado com outras estratégias terapêuticas para garantir intervenções mais seguras, graduais e apropriadas para a complexidade do transtorno. (Alvarenga, 2017; Latterza, 2004).

Por fim, a terapia baseada na família (TCF), usada principalmente em adolescentes com anorexia e bulimia, foca em capacitar os cuidadores para modificar comportamentos alimentares em ambiente ambulatorial. Adaptada para o TARE (FBT-TARE), essa abordagem demonstra resultados positivos: casos relatados por Lock *et al.* (2018) mostraram ganho de peso, maior variedade alimentar e redução da ansiedade em pré-adolescentes, indicando que a participação ativa da família pode favorecer a recuperação diante das particularidades desse transtorno (Fonseca *et al.*, 2024). Desse modo, ao integrar esforços entre família, nutricionistas e profissionais da saúde mental, torna-se possível construir um cuidado mais completo, contínuo e sensível às necessidades do paciente, permitindo avanços mais consistentes e sustentáveis no tratamento do TARE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências demonstraram que o TARE é um transtorno complexo, marcado por seletividade intensa, aversões sensoriais, experiências alimentares negativas e frequente associação com comorbidades psiquiátricas e do neurodesenvolvimento. Essas características reforçam que o manejo nutricional não pode ser conduzido de forma isolada, uma vez que a restrição alimentar acarreta riscos clínicos significativos, impacta o crescimento e o desenvolvimento, afeta o convívio social e interfere diretamente na qualidade de vida do indivíduo e de sua família.

Diante desses desafios, torna-se imprescindível a adoção de estratégias terapêuticas integradas que combinem manejo dietético, educação alimentar, suporte nutricional e intervenções psicoterapêuticas. Abordagens como o Encadeamento Alimentar, a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia Baseada na Família demonstram eficácia ao promover a exposição gradual a novos alimentos, reduzir a ansiedade relacionada ao comer e favorecer mudanças comportamentais sustentáveis. A educação alimentar, quando aplicada de forma articulada, contribui para o desenvolvimento de habilidades e

maior compreensão sobre o processo alimentar, embora não deva ser utilizada de maneira isolada devido à complexidade do transtorno.

Assim, o cuidado no TARE se fortalece quando ocorre de maneira colaborativa, envolvendo a equipe multiprofissional e a participação ativa da família. Essa integração permite construir intervenções sensíveis, progressivas e individualizadas, capazes de promover ampliação segura da dieta, correção de deficiências nutricionais e melhora global do funcionamento psicossocial. Dessa forma, uma abordagem interdisciplinar contínua constitui o caminho mais eficaz para resultados clínicos duradouros, garantindo um tratamento mais humanizado e centrado nas necessidades reais do paciente.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste capítulo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem, financeira, comercial, política, acadêmica e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Marle dos Santos; DUNKER, Karin Louise Lenz; PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Transtornos alimentares e nutrição: da prevenção ao tratamento**. Barueri: Manoele, 2020.

ALVARENGA, M. S. Abordagens no Transtorno Alimentar – Anorexia, Bulimia, Compulsão Alimentar Não Especificado. In: TRECCO, Sônia. **Educação alimentar e nutricional: da teoria à prática**. Vila Mariana, SP: Roca, 2017. p. 193-199.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. American Psychiatric Association, 2013.

BIAŁEK-DRATWA, A. *et al.* ARFID—Strategies for Dietary Management in Children. **Nutrients**, v. 14, n. 1739, 2022.

BRIGHAM, Kathryn S. *et al.* Evaluation and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Adolescents. **Current Pediatrics Reports**, v. 6, n. 2, p. 107–113, 2018.

CUCINOTTA, U.; ROMANO, C.; DIPASQUALE, V. A systematic review to manage avoidant/restrictive food intake disorders in pediatric gastroenterological practice. **Healthcare**, v. 11, n. 2245, 2023.

DE TORO, Valeria; AEDO, Karina; URREJOLA, Pascuala. Trastorno de Evitación y Restricción de la Ingesta de Alimentos (ARFID): Lo que el pediatra debe saber. **Andes Pediatr**, v. 92, n. 2, p. 298–307, 2021.

FISHER, M. M. *et al.* Características do Transtorno Alimentar Evitativo/Restritivo em Crianças e Adolescentes. **Journal of Adolescent Health**, v. 55, p. 49-52, 2014.

FONSECA, Natasha K. O. *et al.* Avoidant restrictive food intake disorder: recent advances

in neurobiology and treatment. **Journal of Eating Disorders**, v. 12, n. 1, 2024.

FRAKER, C.; FISHBEIN, M.; WALBERT, L.; COX, S. **Encadeamento alimentar: o plano comprovado de 6 passos para acabar com a seletividade alimentar**. Boston, MA: Da Capo Press, 2007.

HOWARD, Maxine *et al.* Cognitive behaviour therapy (CBT) as a psychological intervention in the treatment of ARFID. **The Cognitive Behaviour Therapist**, v. 16, p. e5, 2023.

KAMBANIS, P. Evelyn; THOMAS, Jennifer J. Assessment and Treatment of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. **Current Psychiatry Reports**, v. 25, n. 2, p. 53–64, 2023.

KURZ, S.; VAN DYCK, Z.; DREMMEL, D.; MUNSCH, S.; HILBERT, A. Distúrbios alimentares restritivos de início precoce. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 24, p. 779-785, 2015.

LATTERZA, Andréa Romero *et al.* Tratamento nutricional dos transtornos alimentares. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 173-176, 2004.

LIMA, Letícia Vitória do Nascimento *et al.* ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO ARFID. **Revista Brasileira de Implantologia e Ciências da Saúde**, v. 6, n. 8, 2024.

LIMA, L. V. N. *et al.* Aspectos clínicos e epidemiológicos do transtorno alimentar restritivo/evitativo. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 8, 2024.

MAMMEL, Kathleen A.; ORNSTEIN, Rollyn M. Avoidant/restrictive food intake disorder. **Current Opinion in Pediatrics**, v. 29, n. 4, p. 407–413, 2017.

MARTINS, S.; SILVA, R.; OLIVEIRA, L.; *et al.* ARFID: A Comprehensive Review. **Nutrients**, v. 17, n. 3197, 2025.

NOCERINO, Rita *et al.* Development and Management of ARFID in Pediatric Patients with Food Allergy. **Nutrients**, v. 16, n. 17, p. 3034, 2024.

NORRIS, M.; SPETTIGUE, W.; KATZMAN, D. Atualização sobre transtornos alimentares. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 12, p. 213-218, 2016.

SANCHEZ-CEREZO, Javier *et al.* Subtipos de transtorno alimentar restritivo/evitativo. **e Clinical Medicine**, v. 68, p. 102440, 2024.

SCHMIDT, R. *et al.* Ingestão de macro e micronutrientes em crianças com ARFID. **Nutrients**, v. 13, p. 400, 2021.

THOMAS, J. J.; EDDY, K. T. **Terapia cognitivo-comportamental para ARFID**. Cambridge University Press, 2019.

ZUCKER, N. L. *et al.* Feeling and body investigators (FBI): ARFID division. **International Journal of Eating Disorders**, v. 52, p. 466–472, 2019.