



Terapia de Alimentação Responsiva: Valores e Práticas (Versão 2)

Autores principais:

Katja Rowell, MD¹; Grace Wong, MSc, RD, CEDS-S²; Jo Cormack, PhD, MBACP³; Heidi Moreland, MS, CCC-SLP, BCS-S, CLC⁴

Colaboradores iniciais: Jenny McGlothlin, MS, CCC-SLP, CLC⁴; Jennifer Berry, MS, OT/L⁵

Revisores: Erin VandenLangenberg, PhD, MPH⁶; Jennifer Berry, MS, OT/L⁵; Rachel Dorsey, SLP⁷; Hazel Wolstenholme, PhD⁸

Legenda das profissões das autoras:

¹Médica; ²Nutricionista, MS; ³Terapeuta e pesquisadora especializada nos aspectos psicológicos da alimentação infantil, PhD; ⁴Fonoaudióloga Clínica (CCC-SLP), MS; ⁵Terapeuta Ocupacional, MS; ⁶Psicóloga, PhD, MS em Saúde Pública; ⁷Fonoaudióloga (SLP); ⁸Psicóloga, PhD.

Lançamento original do documento orientador - “white paper”: 16/08/2020 – Versão 1 no site responsivefeedingpro.com

Reconhecimento: O modelo da Terapia de Alimentação Responsiva baseia-se na sabedoria, conhecimento e expertise de muitos professores e mentores de diferentes áreas.

Tradução para o Português Brasileiro:



Realizada pelas profissionais Fga. Ana Carolina Lago Battezzini e Fga. MS. Bibiana Fuzer da Silva, da Ânima Alimentari, com colaboração na revisão da versão em Português Brasileiro por Verónica David, Terapeuta da Fala.

Tradução aprovada e revisada pelas autoras do documento orientador - White Paper:

Responsive Feeding Therapy: Values and Practice (Version 2).

Download do documento original em: responsivefeedingpro.com e da tradução para o português brasileiro em: animaalimentari.com

* Neste documento, ‘pais’ refere-se a cuidadores (membros da família, pais/mães adotivos(as), babás) envolvidos na alimentação e no cuidado das crianças.

Introdução

Este documento orientador oferece uma estrutura filosófica e clínica para a Terapia de Alimentação Responsiva (TAR). É aplicável a profissionais de diversas áreas, que atuam na alimentação e nutrição pediátrica, bem como com a evitação alimentar ao longo da vida. Esses profissionais incluem fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas, terapeutas ocupacionais, pediatras, médicos da família e enfermeiros comunitários. Além de ajudar os clínicos a compreender e implementar a TAR, esta estrutura fornece uma base para que pesquisadores contribuam com evidências empíricas e aprimorem a aplicabilidade clínica.

A abordagem da TAR e seus respectivos valores se fundamentam em um conjunto de pesquisas do campo da alimentação pediátrica e áreas de estudo relacionadas. Isso inclui, mas não se limita a, parentalidade responsiva, psicologia humanista, teoria do apego e neurobiologia interpessoal, teorias do desenvolvimento, teoria da autodeterminação (TAD) e fisiologia do trauma. Embora separados para fins de clareza, os valores listados na estrutura da TAR são inter-relacionados. Por exemplo, a aquisição de habilidades deve estar alicerçada no contexto de relacionamentos sintonizados e na autonomia individual.

Uma anamnese completa e um exame físico (com testes adicionais, conforme indicado) devem ser realizados para descartar ou identificar fatores anatômicos, gastrointestinais, metabólicos e outros que impactam a alimentação e a digestão. Nos casos em que intervenções médicas são necessárias (como alimentação enteral ou hidratação intravenosa), os valores da Terapia de Alimentação Responsiva ainda podem orientar um tratamento individualizado.

Os valores da Terapia de Alimentação Responsiva são: **autonomia, relacionamento, competência, motivação intrínseca e holismo**. Os três primeiros (autonomia, relacionamento e competência) abrangem as necessidades básicas descritas na teoria da autodeterminação e têm se mostrado serem essenciais para a facilitação da motivação intrínseca (o quarto valor). O quinto valor, o holismo (a perspectiva da criança como um todo), é o prisma por meio do qual os demais valores são aplicados.



Definição:

A Terapia de Alimentação Responsiva (TAR) é uma abordagem abrangente para intervenções relacionadas à alimentação, aplicável a diversas disciplinas e ao longo de toda a vida. A TAR facilita a (re)descoberta de sinais internos, da curiosidade e da motivação, ao mesmo tempo em que promove o desenvolvimento de habilidades e da confiança. É uma abordagem flexível, que prioriza a relação alimentar e respeita e desenvolve a autonomia.

Objetivos:

A Terapia de Alimentação Responsiva (TAR) possui três objetivos centrais, que tanto orientam a tomada de decisões clínicas quanto resultam da aplicação de seus valores.

- 1. Priorizar a segurança interna e a regulação do sistema nervoso:** A TAR centraliza a experiência corporal da criança em relação à interocepção, emoções e regulação do sistema nervoso dentro da complexa interconexão entre mente e corpo. **Segurança interna** refere-se a uma sensação inconsciente de estar seguro, na qual o sistema de ameaça do corpo não está ativado. A segurança interna, por si só, promove a saúde; uma criança com segurança interna experimenta um estado fisiológico ideal no que diz respeito à digestão e à função intestinal, ao sistema cardiovascular, aos hormônios e à função imunológica. Nessa condição, o apetite, a capacidade de formar vínculos e a curiosidade podem emergir. Os pais são orientados a observar a criança e oferecer co-regulação, o que favorece o desenvolvimento de capacidades de autorregulação emocional e física ao longo do tempo.
- 2. Apoiar e otimizar a relação das crianças com a comida e com seus corpos:** Pesquisas com adultos sugerem que uma alimentação guiada internamente (em oposição a estímulos externos) gera muitos resultados positivos. A TAR visa otimizar a autorregulação da ingestão energética dentro das possibilidades de cada indivíduo (considerando barreiras à interocepção), por meio de um ambiente alimentar de apoio e acolhimento.
- 3. Oferecer um cuidado individualizado:** Quando autonomia, relacionamento, competência, motivação intrínseca e holismo são aplicados em conjunto, a estrutura terapêutica resultante, orientada por valores, torna-se, por sua própria natureza, altamente individualizada. Esse cuidado individualizado é uma característica definidora da TAR, em contraste com uma abordagem padronizada.



Valores da TAR

Autonomia • Relacionamento • Competência • Motivação Intrínseca • Holismo

Autonomia diz respeito à capacidade de agir e respeito pelo espaço pessoal e pela integridade corporal, permitindo que a pessoa tenha controle sobre suas próprias ações.

Relacionamento refere-se a conexões interpessoais acolhedoras e sintonizadas.

Competência diz respeito à percepção do indivíduo de possuir habilidades específicas para lidar com uma situação, bem como às suas habilidades mensuráveis relacionadas à alimentação.

Motivação intrínseca descreve o desejo de agir motivado internamente, em vez de ser impulsionado por forças externas.

Holismo (a perspectiva da criança como um todo) refere-se ao foco na pessoa em sua totalidade, dentro do contexto de suas famílias, comunidades e culturas.

AUTONOMIA

Acreditamos que:

- A integridade corporal da criança (“meu espaço, meu corpo”) deve ser respeitada.
- Estratégias para ‘fazer’ com que crianças se envolvam com um alimento ou tarefa terapêutica (como contenções físicas, abrir a boca da criança com pressão mandibular ou colher revestida de borracha, segurar os lábios ou o maxilar fechados, ou não remover a colher) comprometem a autonomia.
- Incentivos “gentis”, não físicos, também podem minar a autonomia (incluindo elogios, recompensas, subornos, até mesmo brincadeiras com o objetivo de fazer a criança comer).
- A capacidade da criança de decidir (“eu decido”) deve ser priorizada.
- Chorar, apresentar 'gag' (reflexo de ânsia) ou vomitar não são ‘comportamentos a serem eliminados’, eles são respostas a experiências negativas passadas ou atuais com a comida ou o ato de comer (incluindo, mas não limitado a, desafios de desenvolvimento e/ou médicos e autonomia comprometida).
- Os objetivos terapêuticos são guiados pela atual apresentação, habilidade e prontidão da criança.
- A autonomia e a segurança interna não devem ser comprometidas por metas de tratamento como o aumento de volume e/ou variedade (ver Competência).



O que fazemos:

- Respeitar o direito da criança de dizer “não”.
- Prestar atenção e responder à comunicação verbal e não verbal.
- Não recomendar nem aplicar consequências negativas (como retirar o tempo de tela ou privar de afeto) caso a criança decida não comer, não interagir com um alimento ou não participar de uma atividade terapêutica.
- Oferecer apoio apropriado ao estágio de desenvolvimento, com o objetivo de cultivar e promover a autonomia.
- Considerar o temperamento, as habilidades e o perfil sensorial de cada criança para que elas possam descobrir formas de interagir com os alimentos de maneira confortável e positiva.
- Ajudar os pais a removerem barreiras e a oferecerem oportunidades que apoiem a autonomia das crianças ao se envolverem com os alimentos.

Relacionamento

Acreditamos que:

- Os pais não são culpados pelos desafios alimentares.
- Os pais estão fazendo o melhor que podem.
- A relação alimentar entre pais e filhos é central para o bem-estar a longo prazo da criança.
- Altos níveis de ansiedade (tanto dos pais quanto das crianças) e conflitos em torno da alimentação impactam a relação entre pais e filhos para além dos momentos das refeições.
- A capacidade dos pais de regularem suas próprias emoções e de vivenciarem a segurança interna favorece a co-regulação, ampliando a experiência de segurança interna da criança.
- Mudanças positivas e sustentáveis são mais prováveis de ocorrer quando a criança se sente bem e emocionalmente segura.
- A cura de traumas acontece dentro de relacionamentos baseados em confiança.
- Assim como a autonomia, o apego saudável e os vínculos de confiança não devem ser comprometidos por metas alimentares de curto prazo (como número de mordidas ou calorias).
- Relações de confiança entre a criança e o profissional, e entre os pais e o profissional, facilitam a cura.



O que fazemos:

- Ouvir, reconhecer e abordar as preocupações dos pais sobre peso, crescimento, ingestão e nutrição, bem como pressões psicossociais, como o julgamento de outros.
- Ajudar os pais a identificar e substituir práticas alimentares desadaptativas por práticas responsivas, incluindo:
 - Modelar experiências alimentares positivas.
 - Estabelecer uma estrutura e ambiente adequados para a alimentação.
 - Incentivar refeições em grupo e resolver obstáculos para refeições em família.
 - Responder às crianças de forma emocionalmente afetuosa.
 - Quando apropriado, garantir que as crianças sejam expostas a uma variedade de alimentos – mesmo que ainda não estejam prontas para comê-los – junto com alimentos que já aceitam.
- Enfatizar a importância de relacionamentos positivos e sintonizados entre pais, cuidadores e profissionais.
- Criar um espaço para que os pais processem sentimentos difíceis vivenciados na relação alimentar.
- Oferecer recursos e psicoeducação para desenvolver resiliência e habilidades de manejo da ansiedade em pais e crianças.
- Trabalhar com cuidadores, escolas e a rede de apoio mais ampla para implementar de forma consistente os princípios da alimentação responsiva em todos os ambientes naturais da criança.
- Apoiar o fortalecimento de vínculos e a parentalidade responsiva.

Competência

Acreditamos que:

- Uma relação positiva com a comida e o desenvolvimento de habilidades alimentares são metas alcançáveis para a maioria das crianças, mesmo aquelas com desafios severos.
- A aquisição e o desenvolvimento de habilidades, incluindo habilidades alimentares e motoras, são processos de descoberta que acontecem de forma ideal por meio de atividades significativas em um contexto natural.
- As crianças desenvolvem habilidades em ambientes seguros e com significado, dentro de suas possibilidades (incluindo aquelas com atraso/deficiências no desenvolvimento e/ou motoras).



- Mesmo crianças que nunca se alimentaram pela boca podem não precisar de intervenções focadas em habilidades (incluindo mastigação não nutritiva ou exercícios oromotores).
- Quando necessário, qualquer intervenção direta com a criança deve considerar suas capacidades e seu estágio de desenvolvimento.
- O progresso não é simplesmente medido em mordidas dadas ou número de alimentos aceitos.
- Progresso inicial, como conforto, redução da ansiedade e aumento da curiosidade, constrói a base que abre as portas/caminhos para um aumento de variedade e desenvolvimento de habilidades alimentares.
- A competência dos pais como parceiros na alimentação aumenta à medida que observam progresso e sucesso iniciais.
- A cura a longo prazo pode ocorrer ao longo de um período estendido, no ritmo que for confortável para a criança.
- A natureza do progresso varia de uma criança para outra.
- Um foco no desenvolvimento de habilidades além do ritmo e estágio da criança pode causar desregulação e dificultar o progresso.

O que fazemos:

- Ajudar a criança a desenvolver habilidades e confiança no seu próprio ritmo.
- Trabalhar com as crianças de acordo com seu estágio de desenvolvimento clinicamente relevante, independentemente da idade.
- Facilitar o progresso dentro da zona de desenvolvimento proximal da criança, garantindo que as expectativas terapêuticas sejam ambas suficientemente desafiadoras e atingíveis, e permitindo adaptações com base nas respostas da própria criança.
- Apoiar oportunidades naturais e significativas (como refeições compartilhadas ou preparo de alimentos) para que a criança tenha experiências positivas com a comida e desenvolva habilidades de acordo com seu nível de conforto e interesse.
- Introduzir intervenções voltadas ao desenvolvimento de habilidades com cautela, após otimizar o ambiente alimentar, considerando o impacto sobre a autonomia e o nível de conforto com a comida.
- Manter os momentos das refeições como “zonas seguras”, onde qualquer estratégia de desenvolvimento de habilidades ou intervenção clínica é orientada pelo conforto e prazer da criança.



- Discutir os objetivos terapêuticos com os pais e a sequência do progresso, por exemplo, sair para comer em um restaurante pode exigir vários objetivos menores e intermediários.
- Chamar a atenção dos pais para os primeiros progressos fundamentais nos aspectos emocionais, sociais, auto regulatórios e sensório-motores.

Motivação Intrínseca

Acreditamos que:

- As crianças comem bem quando têm condições para isso.
- Os seres humanos comem por muitos motivos, incluindo fornecer energia ao corpo, conforto, prazer, novidade e para desfrutar da cultura e da convivência social.
- Refeições positivas, mesmo com uma dieta limitada, são centrais para melhorar a relação da criança com a comida.
- Quase todas as crianças têm uma capacidade inata de regular a ingestão energética, que pode continuar até a vida adulta se for nutrida (incluindo indivíduos neurodivergentes e muitas crianças com transtorno alimentar restritivo/evitativo — TARE, situações médicas complexas e crianças alimentadas por sonda).
- Medicamentos, condições médicas, ansiedade e diferenças sensoriais podem afetar a interocepção e a autorregulação, e se beneficiam de um apoio responsivo.
- Comer pode não ser uma experiência prazerosa para todos, mas os momentos das refeições podem se tornar neutros ou positivos, e proporcionar interações sociais acolhedoras.
- A ansiedade da criança dificulta a motivação intrínseca, os sinais internos de fome, o senso de conexão e a sensação de segurança.
- A ansiedade dos pais, percepções equivocadas e desinformação frequentemente contribuem para práticas alimentares inadequadas, as quais prejudicam a capacidade da criança de reconhecer e responder a impulsos internos.
- Estratégias que dependem de motivação externa, como recompensas, persuasão ou o uso do medo de consequências negativas para a saúde, podem “funcionar” a curto prazo, mas podem anular a capacidade da criança de ouvir o próprio corpo, limitando mudanças sustentáveis a longo prazo.
- Embora exposições sensoriais, oromotoras ou graduais possam ser úteis em alguns casos, os objetivos e o progresso devem ser guiados pela criança e não impostos externamente por adultos.



- Mudanças sustentáveis e duradouras são sustentadas pela motivação intrínseca e por impulsos internos, como a fome, a busca por prazer e novas experiências, a curiosidade e o desejo de desenvolver competências.
- Brincadeiras ou atividades com comida guiadas por metas e conduzidas por adultos podem aumentar a ansiedade nas crianças, sobrecarregar os cuidadores e gerar um foco excessivo e contraproducente na comida.

O que fazemos:

- Promover o apetite por meio de uma alimentação estruturada e flexível, apoiando a vivência da fome e da saciedade.
- Apoiar oportunidades de interação com os alimentos em contextos naturais e significativos (como, fazer os próprios petiscos para animais de estimação, ou colher maçãs).
- Ajudar os pais a se sentirem confortáveis em permitir que a alimentação da criança seja guiada pela motivação intrínseca - em vez de impulsos externos - abordando preocupações parentais (por exemplo, sobre nutrição, crescimento ou apetite), e oferecendo tranquilidade e orientações antecipatórias.
- Apoiar os pais a concederem às crianças tempo suficiente para se conectarem com os sinais internos de apetite e fome (o que pode levar vários meses após o estabelecimento de práticas de alimentação responsiva).
- Lidar com o estresse e os conflitos nas refeições e criar experiências alimentares positivas, para que pais e crianças possam se sentar à mesa o mais calmos e relaxados possível.
- Identificar o que está dificultando a alimentação da criança e sua relação positiva com a comida, ao invés de focar em “como fazer a criança comer?”
- Fornecer informações sobre desenvolvimento e habilidades apropriadas para a idade, estratégias e expectativas, como tamanho das porções, rotina ou duração dos momentos de refeições.
- Oferecer apoio externo gentil, individualizado e adequado ao estágio de desenvolvimento para apoiar crianças com diferenças ou desafios interoceptivos (incluindo uso de medicamentos), como oferecer refeições e lanches regulares ou utilizar lembretes como aplicativos ou agendas visuais (que podem ser temporários ou necessários a longo prazo).



Holismo

Acreditamos que:

- Cada criança é um indivíduo com uma história única e necessidades diferentes.
- É problemático enxergar as diferenças e dificuldades alimentares como algo localizado exclusivamente na criança.
- As dificuldades alimentares infantis necessitam de uma abordagem ampla, que englobe fatores da criança, dos pais, do sistema familiar, bem como influências socioeconômicas e culturais - tanto passadas quanto atuais.
- Adversidades na infância (incluindo Experiências Adversas na Infância - EAI), traumas complexos (TEPT-C), exposições pré-natais (como Síndrome Alcoólica Fetal - SAF) e insegurança alimentar (entre outros fatores) podem contribuir para os desafios alimentares.
- Os seres humanos apresentam uma variedade de tamanhos e pesos, influenciados por muitos fatores.
- Os alimentos possuem diversas qualidades além dos nutrientes, como textura, compatibilidade com as habilidades e necessidades sensoriais da criança, e valor calórico; todas essas qualidades devem ser consideradas, em vez de se adotar noções absolutas de “saudável” ou “não saudável”.
- Embora clientes neurodivergentes possam apresentar diferenças e desafios alimentares, o objetivo não é torná-los comedores “típicos”, mas apoiá-los a se alimentar de formas que promovam seu bem-estar.
- A nutrição e o crescimento ideais de uma criança podem se apresentar de forma diferente em cada caso e são resultados de relações alimentares responsivas e de uma relação positiva com os alimentos.
- Práticas culturais e religiosas, alimentos e valores (como se alimentar com as mãos ou comer no chão) devem ser explorados e incorporados no tratamento.

O que fazemos:

- Procurar, antes de tudo, entender por que uma criança está com dificuldades ou recusando-se a comer.
- Considerar, descartar, tratar e encaminhar, conforme apropriado, para desafios subjacentes de ordem médica, sensório-motora, social e emocional.
- Levar em conta o trauma - seja ambiental, médico, do desenvolvimento ou decorrente de experiências anteriores com alimentação e/ou terapias.



- Evitar (re)traumatizar crianças no ambiente terapêutico (com foco na segurança interna).
- Permitir que a motivação intrínseca e os objetivos de cada criança (incluindo fome, curiosidade e desejo de conexão social) orientem as intervenções terapêuticas que favorecem a alimentação guiada pela própria criança.
- Enxergar e falar sobre os alimentos em termos neutros.
- Evitar foco excessivo em alimentos específicos, como vegetais, e ajudar as famílias a fazerem escolhas alimentares que consideram todos os fatores que podem tornar um alimento uma boa opção para uma criança em particular.
- Considerar desigualdades sociais que possam impactar as intervenções, incluindo triagem para insegurança alimentar, o ajuste do tratamento conforme necessário e encaminhar para recursos quando aplicável.
- Criar espaço para flexibilidade na definição de metas e no planejamento terapêutico.
- Buscar compreender os contextos sociais, históricos e culturais dos indivíduos, praticando com humildade cultural.
- Investigar (e ajustar) os melhores métodos de comunicação com os cuidadores (como em casos de deficiência auditiva ou necessidades relacionadas à neurodivergência).
- Apoiar pais de crianças neurodivergentes, ou crianças com sistema nervoso sensibilizado, para otimizar o ambiente alimentar para reduzir a ansiedade e a pressão.

Terapia de Alimentação Responsiva ao longo da vida

Embora este documento orientador / white paper tenha um foco prático voltado para crianças, a TAR é relevante para profissionais que atuam com adolescentes e adultos, porque:

1. A maioria dos adolescentes e adultos com evitação alimentar, incluindo o Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (TARE) (particularmente os subtipos de baixo apetite e “sensorial”), apresentou diferenças e início dos sintomas na primeira infância. Portanto, a compreensão do ambiente alimentar inicial e dos fatores que contribuíram para a alimentação evitativa orienta o tratamento ao longo de toda a vida.
2. Embora os valores e princípios terapêuticos da TAR sejam fortemente fundamentados nas melhores práticas da alimentação pediátrica, esses valores



fundamentais também podem orientar o tratamento da alimentação evitativa em adolescentes e adultos.

A TAR não foi desenvolvida para uso em transtornos alimentares caracterizados por preocupações com o tamanho corporal e o peso, como a anorexia nervosa, especialmente em casos em que o indivíduo está mais comprometido do ponto de vista médico e nutricional, e com uma trajetória de perda de peso mais aguda. No entanto, elementos podem ser aplicáveis.

O trabalho sobre a aplicação da TAR no contexto de adolescentes e adultos está em andamento.

Considerações específicas para essas populações:

Ao trabalhar com adolescentes, os profissionais devem compreender e considerar o desenvolvimento e as questões específicas dessa fase, como o crescimento durante a puberdade e o aumento das pressões sociais. Além disso, adolescentes e pais estão lidando com o equilíbrio entre o envolvimento familiar e a independência, frequentemente refletida na relação com a alimentação. A TAR aborda a relação alimentar entre pais e filhos e a crescente independência do adolescente.

Na idade adulta, a TAR prioriza uma relação terapêutica baseada na confiança e enfatiza o apoio ao cliente para que compreenda e aceite sua relação atual com a comida como parte do processo de mudança. A autonomia do cliente é central, e os planos de tratamento são elaborados de forma colaborativa. Cada caso é único, e os profissionais dedicam tempo para entender os antecedentes e os fatores contribuintes relacionados aos desafios alimentares (como experiências na infância, opressão de identidades marginalizadas, perfis sensoriais ou experiências aversivas), em conjunto com o sistema familiar atual e o estilo de vida do cliente.



Publicações Relevantes Seleccionadas

- Birch, L. L., & Deysher, M. (1985). Conditioned and unconditioned caloric compensation: evidence for self-regulation of food intake in young children. *Learning and motivation*, 16(3), 341-355.
- Black, M. M., & Aboud, F. E. (2011). Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *The Journal of nutrition*, 141(3), 490-494.
- Cormack, J., Rowell, K., Postavaru, G.I. (2020). Self-Determination Theory as a Theoretical Framework for Responsive Approach to Child Feeding. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 52(6), 646- 651. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2020.02.005>
- Daniels, L. A. (2019). Feeding practices and parenting: A pathway to child health and family happiness. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 74(2), 29-42. <https://doi.org/10.1159/000499145>
- Davies, W., Satter, E., Berlin, K. S., Sato, A. F., Silverman, A. H., Fischer, E. A., ... & Rudolph, C. D. (2006). Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 409.
- Galloway, A. T., Fiorito, L. M., Francis, L. A., & Birch, L. L. (2006). 'Finish your soup': counterproductive effects of pressuring children to eat on intake and affect. *Appetite*, 46(3), 318-323.
- Jaffe, A. C. (2011). Failure to thrive: current clinical concepts. *Pediatr Rev*, 32(3), 100-107. <https://doi.org/10.1542/pir.32-3-100>
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C., Berall, G., Stuart, S., & Chatoor, I. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, 135(2), 344-353. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1630>
- Leung, A. K., Marchand, V., Sauve, R. S., Canadian Paediatric Society, & Nutrition and Gastroenterology Committee. (2012). The 'picky eater': The toddler or preschooler who does not eat. *Paediatrics & child health*, 17(8), 455-457. <https://doi.org/10.1093/pch/17.8.455>
- Satter, E. (1986). The feeding relationship. *Journal of the American Dietetic Association*, 86(3), 352-356.
- Segal, I., Tirosh, A., Sinai, T., Alony, S., Levi, A., Korenfeld, L., Zangen, T. Mizrachi, A., Boaz, M. & Levine, A. (2014). Role reversal method for treatment of food refusal associated with infantile feeding disorders. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 58(6), 739-742. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000309>
- Slaughter, C. W., & Bryant, A. H. (2004). Hungry for love: the feeding relationship in the psychological development of young children. *The Permanente Journal*, 8(1), 23.
- Walton, K., Kuczynski, L., Haycraft, E., Breen, A., & Haines, J. (2017). Time to re-think picky eating?: a relational approach to understanding picky eating. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 14(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0520-0>
- Zickgraf, H et al (2019). Characteristics of Outpatients Diagnosed With the selective/neophobic Presentation of avoidant/restrictive Food Intake Disorder. *Int J Eat Disord Apr*;52(4):367-377.

