

# O PEDIATRA DEVE INVESTIGAR SINTOMAS DE TRANSTORNOS OBSESSIVOS COMPULSIVOS EM CRIANÇAS COM DIFICULDADES ALIMENTARES?

Should pediatricians investigate the symptoms of obsessive-compulsive disorder in children with feeding difficulties?

Ana Beatriz Bozzini<sup>a</sup> , Gabriela Malzyner<sup>a</sup> , Priscila Maximino<sup>a</sup> , Rachel Helena Vieira Machado<sup>a,\*</sup> , Claudia de Cassia Ramos<sup>a</sup> , Letícia Ribeiro<sup>a</sup> , Mauro Fisberg<sup>a</sup> 

## RESUMO

**Objetivo:** Revisar evidências atuais da relação entre transtorno obsessivo compulsivo e dificuldades alimentares.

**Métodos:** Revisão das bases *Science Direct* e PubMed no período entre 2007 e 2017 em inglês, português e espanhol, com os termos em associação “transtorno obsessivo compulsivo” e “*picky eating*/dificuldade alimentar”. Foram selecionados apenas estudos de coorte, caso controle ou transversal, realizados em qualquer país, com crianças, adolescentes e/ou adultos e de qualquer tamanho amostral. Foram excluídos os artigos de opinião.

**Resultados:** Cerca de 245 artigos foram selecionados e apenas 4 foram incluídos no estudo, segundo critérios de seleção. Os trabalhos descrevem essencialmente que há diferença no comportamento seletivo entre os sujeitos com e sem transtorno obsessivo compulsivo, com tendência para exacerbação de sintomas como nojo, ansiedade e escore de inflexibilidade de comportamento alimentar nos pacientes com esse transtorno.

**Conclusões:** Existem sintomas compartilhados entre transtorno obsessivo compulsivo e dificuldade alimentar. O estudo alerta aos profissionais que acompanham pacientes com dificuldades alimentares para a importância da investigação de possíveis comorbidades psiquiátricas.

**Palavras-chave:** Transtorno da alimentação e da ingestão de alimentos; Transtorno obsessivo-compulsivo; Psiquiatria infantil; Crianças; Adolescente.

## ABSTRACT

**Objective:** To review current evidence on the relationship between obsessive-compulsive disorder and feeding difficulties.

**Methods:** Review the *Science Direct* and *PubMed* databases between 2007 and 2017 in English, Portuguese and Spanish. The search terms, used in association, were “obsessive compulsive disorder” and “*picky eating*/feeding difficulty”. Cohort, case control and cross sectional studies were included that analyzed children, adolescents and/or adults of any sample size from any country in the world. Opinion articles were excluded.

**Results:** Around 245 articles were selected, and only 4 were included in this review, according to previous criteria. Results from the studies essentially described that there is indeed a difference in “picky” behaviors between subjects with and without obsessive-compulsive disorder. Patients with obsessive-compulsive disorder tend to have exacerbated symptoms of disgust, anxiety and a higher eating behavior inflexibility score.

**Conclusions:** Obsessive-compulsive disorder and feeding difficulties patients share common symptoms. The present study alerts health professionals who follow patients with feeding difficulties as to the importance of investigating possible psychiatric comorbidities.

**Keywords:** Feeding and eating disorders; Obsessive-compulsive disorder; Child psychiatry; Child; Adolescent.

\*Autor correspondente. E-mail: [rvmachado@gmail.com](mailto:rvmachado@gmail.com) (R.H.V. Machado).

<sup>a</sup>Instituto PENSI – Hospital Infantil Sabará, São Paulo, SP, Brasil.

Recebido em 31 de julho de 2017; aprovado em 24 de outubro de 2017; disponível on-line em 23 de outubro de 2018.

## INTRODUÇÃO

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é sabidamente uma doença caracterizada por padrões de repetição, sintomas ansiosos e comportamentos inflexíveis.<sup>1</sup> Antigamente classificado como transtorno de ansiedade, atualmente integra o grupo “TOC e transtornos relacionados” no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5).<sup>2</sup> Apesar de raro na infância, com prevalência mundial variando de 0,25 a 4% entre crianças e adolescentes, dados britânicos mostram prevalência de TOC subdiagnosticado e subtratado de 0,25% em amostra de crianças e adolescentes entre 5 e 15 anos, sendo esta prevalência crescente nas faixas etárias maiores. Outros estudos recentes demonstram taxa de TOC subclínico em crianças de 10%.<sup>3</sup> No Brasil, há poucos dados epidemiológicos e a prevalência é de 0,7 a 2,1%, segundo dados de estudo multicêntrico realizado em São Paulo, Brasília e Porto Alegre.<sup>4</sup> Essas crianças são descritas como pertencentes principalmente a classes socioeconômicas mais baixas e com menor nível escolar.<sup>1</sup>

A etiologia do TOC ainda permanece pouco compreendida, apesar de evidências empíricas corroborarem a hipótese de um componente genético na sua origem. A herança genética é tida como poligênica, exercendo individualmente efeito relativamente pequeno sobre o fenótipo. Em particular, os genes, no contexto da via serotoninérgica, do sistema dopaminérgico e do glutamatérgico, parecem influenciar o desenvolvimento do TOC,<sup>5</sup> agindo em diversos mecanismos, desde a alteração nos receptores de serotonina até o transporte dos estímulos cerebrais. Os critérios diagnósticos do TOC em crianças são muito parecidos com os de adultos. Entretanto, as crianças têm menor consciência de seus comportamentos obsessivos compulsivos e é importante diferenciar as verdadeiras compulsões dos seus rituais de rotina, como os apresentados tipicamente para dormir, comer, tomar banho, entre outras atividades diárias.<sup>6</sup>

Sabe-se que a presença de TOC durante a infância aumenta a chance de outros transtornos psiquiátricos na vida adulta, e que existe forte correlação com a história familiar. Em estudo brasileiro, Ferrão et al.<sup>7</sup> mostram que pacientes portadores de TOC com história familiar positiva apresentam início dos sintomas mais precocemente, maior gravidade e maior complexidade terapêutica, além de presença mais frequente de colecionismo. Na infância, o pico de incidência é aos 11 anos, e aproximadamente 50% dos adultos com TOC iniciaram seus sintomas antes dos 18 anos. Apesar de também se manifestar em crianças menores, há dificuldade no diagnóstico definitivo de TOC nas muito pequenas, já que estão em fase de intenso desenvolvimento psíquico-emocional dinâmico e não totalmente submetidas às exigências do mundo externo. Além disso, a janela de oportunidade para modificar os sintomas psíquicos na infância ocorre principalmente do zero aos 3 anos, devido à

plasticidade cerebral existente na primeira infância.<sup>8</sup> De todo modo, quanto mais cedo o transtorno se instala, maior é a chance de comorbidade e gravidade caso nenhuma intervenção seja realizada e, por isso, a importância do diagnóstico precoce. As principais comorbidades do TOC infantil são autismo, transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), transtorno desafiador opositor, comportamentos disruptivos, fobias e transtornos ansiosos.<sup>9</sup>

Os sintomas dessa doença podem melhorar ou piorar ao longo do tratamento, mas, geralmente, tendem a seguir um curso crônico, causando acentuado prejuízo funcional em vários domínios, incluindo casa, escola e ambiente social.<sup>6</sup> Como os sintomas da doença acarretam prejuízos nos diversos âmbitos da vida do paciente, alguns sintomas do TOC podem se refletir nas práticas alimentares, independentemente da faixa etária em que esse transtorno ocorre; Kauer et al., em 2015, mostraram que adultos com seletividade alimentar apresentam pontuação mais elevada nas medidas de TOC e depressão em relação aos não seletivos, concluindo-se que há necessidade de aprofundamento na temática para melhor compreensão do comportamento dos pacientes seletivos.<sup>10</sup>

As dificuldades alimentares (DAs) na infância são definidas como qualquer desentendimento ou dificuldade entre cuidador e criança no que se refere à alimentação e englobam casos de seletividade, fobias alimentares, distúrbios orgânicos ou mesmo interpretação equivocada dos pais. Trata-se de queixa bastante frequente na clínica pediátrica, com prevalência mundial de 30%.<sup>11</sup>

Muitas dessas dificuldades alimentares cursam com extrema rigidez e inflexibilidade de comportamento no que se refere especificamente à alimentação, com sintomas que se assemelham aos sintomas de TOC. No entanto, a literatura a respeito do TOC e comportamentos inflexíveis e suas relações com seletividade e outras DAs é escassa. Assim como há estudos que associam sintomas de TOC com seletividade alimentar na população adulta, pesquisas que englobam crianças também deveriam ser conduzidas com intuito de buscar associações entre ambos, uma vez que a recusa alimentar é uma das mais frequentes queixas da clínica pediátrica. Seriam possíveis comorbidades? Seriam algumas DAs fatores preditores positivos de um TOC? O objetivo deste estudo foi, portanto, revisar as evidências atuais acerca das possíveis relações entre as DAs e o TOC.

## MÉTODO

Trata-se de revisão bibliográfica das bases de literatura *Science Direct* e PubMed no período entre 2007 e 2017, nos idiomas inglês, português e espanhol. Os termos de busca foram utilizados em associação, segundo operador booleano “and”,

entre “obsessive compulsive disorder” e “*picky eating/feeding difficulty*”. O critério de inclusão dos trabalhos foi pautado na seleção de estudos que tivessem como objetivo evidenciar a comorbidade TOC e DAs e/ou discutir as relações entre os sintomas de TOC e os das DAs. Foram selecionados apenas estudos de coorte, caso controle ou transversal, realizados em qualquer país, com crianças e/ou adolescentes, de qualquer tamanho amostral e com populações com ou sem comorbidades. Dada a escassez de trabalhos com populações pediátricas, estudos com adultos foram incluídos na revisão. Foram excluídos os artigos de opinião.

O processo de seleção dos estudos ocorreu de acordo com as seguintes etapas:

1. leitura de títulos e resumos dos artigos encontrados;
2. exclusão dos trabalhos fora do critério de seleção e duplicatas;
3. exclusão de estudos com foco de pesquisa incompatível com os objetivos deste trabalho;
4. exclusão de artigos não disponíveis na íntegra.

## RESULTADOS

Não foram encontrados artigos no PubMed com os descritores “*obsessive compulsive disorder and picky eater*”. Na rede *Science Direct* foram encontrados 16 artigos, dos quais 3 foram selecionados. Quando se utilizou os descritores “*obsessive compulsive disorder and feeding difficulties*” no PubMed, foi encontrado apenas 1 artigo nos últimos 10 anos, que não preencheu os critérios de inclusão para este estudo; e na *Science Direct*, foi encontrado um total de 229 artigos. Destes, apenas um foi selecionado, pois os demais não se enquadravam nos objetivos ou não preenchiam os critérios de inclusão. Do total de artigos encontrados, apenas quatro foram selecionados, segundo critérios de inclusão. Os resultados do processo de seleção são descritos na Figura 1.

Os trabalhos avaliados evidenciam que pacientes seletivos apresentam significativamente com maior frequência sintomas de TOC do que os não seletivos, com tendência para exacerbação de sintomas como nojo, ansiedade e escore de inflexibilidade de comportamento alimentar. Os resultados detalhados seguem descritos na Tabela 1.

## DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam a escassez de publicações acerca do tema e a necessidade de mais estudos em relação a TOC e DAs. De todos os artigos encontrados, apenas dois relacionavam sintomas ou características de TOC com DAs e outros dois abordavam principalmente os sintomas ansiosos e a rigidez de comportamento.

A maioria dos artigos encontrados tratava apenas de TOC ou de suas relações com transtornos alimentares (anorexia nervosa, principalmente), e não com as DAs. Além disso, a maioria dos estudos foi realizada com população adulta. O único artigo encontrado com população pediátrica avalia crianças autistas, o que por si só representa um viés nas análises.

Os artigos encontrados mostram existir algumas características comuns no comportamento de pacientes seletivos e com TOC: os seletivos rejeitam alimentos misturados ou que foram tocados por alguém anteriormente, alimentos que encostaram no prato, além de sentirem repulsa a determinadas texturas. Mais ainda, pacientes seletivos apresentam inflexibilidade significativamente maior do que os não seletivos,<sup>10</sup> e os sintomas compulsivos e obsessivos dos seletivos muitas vezes não são exclusivamente relativos à alimentação. Estudo clínico que tentou traçar um perfil descritivo de 33 crianças seletivas entre 4 e 14 anos demonstrou que as crianças seletivas sofrem de sintomas obsessivos compulsivos e de ansiedade, relacionados ou não à alimentação. Além disso, frequentemente apresentavam dificuldades escolares e sociais.<sup>15</sup>

Sabe-se que os sintomas mais frequentes de TOC na infância são: medo de contaminação, de ferir-se ou ferir outras

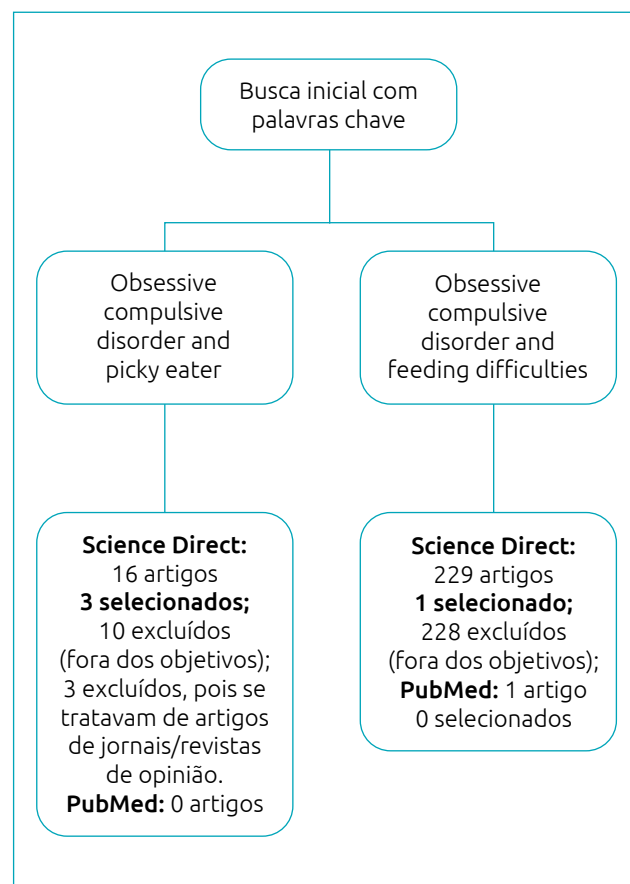


Figura 1 Fluxo de seleção dos artigos.

peçoas, obsessões sexuais e de simetria, compulsões de lavagem, verificação, repetição, contagem, ordenação/arranjo e compulsões semelhantes a tiques (“*tic-like*”) que geram sofrimento para a criança;<sup>16</sup> enquanto o comportamento do paciente com DA perante o alimento varia desde reações físicas até mesmo uma escolha minuciosa, contagem de grãos, escolha de embalagem, uma repulsa em tocar, sentir ou cheirar.<sup>11</sup> Na população atendida no Centro de Dificuldades Alimentares do Instituto Pesquisa e Ensino em Saúde Infantil (CDA – Instituto PENSI),<sup>17</sup> observou-se que alguns dos comportamentos compartilhados entre TOC e transtornos alimentares podem estar presentes nos pacientes seletivos e portadores de outras DAs, tais como: não se sujar com alimentos; intolerância em misturar alimentos diversos, separando-os por cor, aspecto ou textura; intolerância com mudança da marca ou embalagem de determinado produto; não aceitação de modificações na forma de apresentação da comida no momento da refeição. De forma geral, esses pacientes não flexibilizam seu comportamento frente às suas próprias escolhas alimentares, mesmo que bastante restritiva e seletiva.

Talvez por esse motivo estudos como o de Zickgraf et al.<sup>13</sup> separem os seletivos em dois grupos: os com comorbidade (chamados de restritivos ou evitativos) e os seletivos puros. Esse estudo mostra que o grupo de seletivos com a chamada

comorbidade “restritiva” (ARFID – *avoidant/restrictive food intake disorder*) cursa com sintomas de TOC, inflexibilidade e prejuízo de qualidade de vida relacionada à alimentação mais frequentes do que os apenas seletivos, sem comorbidade ( $p<0,001$ ). Do mesmo modo, a experiência clínica do CDA-Instituto PENSI descreve tendência de maior padrão restritivo de aceitação alimentar (aceitação de menos de 15 alimentos) nas crianças com comorbidades associadas. A “comorbidade restritiva” é um diagnóstico novo e que pode ocorrer em qualquer idade, levando a perda de peso ou carências nutricionais, necessidade de suplementação ou prejuízo psicossocial, mas não tem em sua base psicopatológica a preocupação com o corpo ou com o peso, diferentemente dos transtornos alimentares como anorexia e bulimia.

O momento da refeição nas DAs acaba sendo fonte de ansiedade para as crianças e seus familiares e, segundo trabalho de Timimi et al.<sup>15</sup>, a história de depressão em pelo menos um dos pais foi encontrada em um terço dos casos avaliados. É importante questionar se os próprios sintomas de ansiedade, como no caso do TOC, não levam às DAs que aparecem na clínica pediátrica como principal queixa e sintoma. Estudo realizado na Filadélfia em 2008<sup>14</sup> constatou que crianças mais ansiosas cursam com maior chance de DAs, bem como distúrbios de sono. Nesse contexto, a DA poderia ocorrer devido a algum

**Tabela 1** Descrição e resultados dos estudos selecionados.

Referência	Objetivo	Desenho e população	Variáveis utilizadas	Resultados
2015, Kauer et al. <sup>10</sup> (Estados Unidos)	Comparar dados psicossociais e comportamentais entre adultos seletivos e não seletivos.	Transversal (n=489 adultos).	Questionário alimentar, autodiagnóstico de seletividade, TOC, depressão, sintomas de transtorno alimentar, sensorialidade e neofobia.	Os seletivos apresentaram sintomas de TOC mais elevados (sensibilidade ao nojo e neofobia alimentar) e têm maior probabilidade de estarem inseridos na faixa clínica de sintomas de depressão ( $p<0,01$ ).
2016, Zickgraf et al. <sup>12</sup> (Estados Unidos)	Verificar comportamento alimentar restritivo em adultos.	Transversal (n=139 adultos).	Questionários com informações socioeconômicas e alimentares (variedade alimentar e comportamentos inflexíveis).	O escore de inflexibilidade de comportamento foi maior nos indivíduos seletivos em relação aos não seletivos ( $p<0,01$ ).
2016, Zickgraf et al. <sup>13</sup> (Estados Unidos)	Identificar comorbidades em adultos seletivos.	Transversal (n=332 adultos não seletivos <i>versus</i> n=81 adultos seletivos).	Comparação entre os dois grupos para sintomas de TOC, estresse, prejuízo de qualidade de vida, neofobia, sintomas sensoriais e de ARFID e comportamento inflexível.	Pacientes seletivos com ARFID apresentam sintomas de TOC com mais frequência que os apenas seletivos ( $p<0,001$ ).
2015, Johnson et al. <sup>14</sup> (Estados Unidos)	Comparar sintomas ansiosos em crianças autistas.	Transversal (n=118 crianças entre 2 e 6 anos).	Questionários sobre sono, ansiedade e alimentação.	Sintomas de ansiedade nas crianças aumentam a chance de dificuldades alimentares ( $p<0,001$ ).

TOC: transtorno obsessivo compulsivo; ARFID: *avoidant/restrictive food intake disorder*.

sintoma ansioso e não o contrário e, por isso, o pediatra que se depara com a queixa alimentar deve entender se o sintoma ansioso não é o principal motivo que atrapalha os diversos âmbitos da vida do paciente, incluindo a alimentação.

Outro questionamento acerca de sintomas de ansiedade na infância é o da possibilidade de ser característica preditora de transtornos futuros. Nos transtornos alimentares já se sabe que o TOC e a anorexia nervosa, por exemplo, são comorbidades frequentes, e muitos se empenham em buscar etiologia genética e/ou bioquímica comum.<sup>18-20</sup> O que se pode inferir até o momento é que pacientes com seletividade apresentam maior rigidez de comportamento alimentar, sem, entretanto, afirmar relações fundamentadas com o desenvolvimento do TOC em si.

Fatores ambientais também desempenham um papel importante no curso do transtorno, apesar de se saber muito pouco sobre eles. Por exemplo, estudo longitudinal descreve que isolamento social, abuso físico e emoções negativas foram preditores específicos de diagnóstico.<sup>21</sup> Em adultos, estudo recente retrospectivo encontrou evidência para associação entre as experiências adversas (traumas) da infância e o TOC.<sup>21</sup> Estudo nacional que compara pacientes com TOC com história positiva para trauma *versus* história ausente de trauma não encontra diferença estatística na resposta ao tratamento.<sup>22</sup> Muitas DAs podem ter associação com traumas, como ameaças para comer, internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou excessiva manipulação física. Questiona-se, então, se o comportamento seletivo ou fóbico de algumas crianças frente à alimentação origina-se de algum trauma ou entendimento equívoco do que determinados alimentos representam.

Paralelamente, o componente ambiental está estritamente relacionado ao desenvolvimento das DAs na infância. O chamado “cuidado responsivo” (conjunto de comportamentos dos cuidadores que aborda atenção e interesse pelo processo de cuidado com a criança sob diversos aspectos e escopos em saúde) influencia a formação dos hábitos alimentares e do estado nutricional na infância, e estimula o desenvolvimento adequado de habilidades sociais, aprendizado e autoestima, autonomia e a independência da criança em todas as esferas de desenvolvimento.<sup>23</sup>

Clinicamente, o perfil da relação entre cuidadores e crianças com queixas de DAs é tipicamente descrito como não responsivo, o que pode desequilibrar a relação familiar. A experiência clínica do CDA-Instituto PENSI descreve altas taxas de perfil de cuidado não responsivo em mães de crianças com queixas de DAs, observando-se comportamentos como oferta de refeições em ambiente e postura inadequados, uso de coerção física e de distrações para oferecer os alimentos, falta de

compartilhamento das refeições e desrespeito aos sinais de fome da criança. Tal perfil familiar pode exacerbar os sintomas alimentares desses pacientes, ou até mesmo originá-los. Assim como os comportamentos inflexíveis e rígidos do paciente com TOC afetam diretamente a sua qualidade de vida, pacientes seletivos podem apresentar prejuízo na qualidade de vida devido à mesma postura em relação aos alimentos.

Portanto, mais estudos se fazem necessários com o intuito de verificar relações psíquicas e neurobiológicas entre os padrões de seletividade e TOC, a fim de evitar subdiagnósticos e investir em novas formas de tratamento. É importante que principalmente pediatras, que recebem muitos pacientes com DAs, estejam atentos a sintomas de TOC e, caso necessário, os encaminhem para avaliação psiquiátrica.

Existem sintomas compartilhados entre TOC e DAs nos adultos, como inflexibilidade; sintomas ansiosos e rigidez de comportamento; e escolhas alimentares baseadas em características específicas, tais como cor, cheiro e texturas. No entanto, a literatura ainda é muito escassa e mais estudos de coorte se fazem necessários para identificar sintomas compartilhados e estabelecer relações significantes entre essas duas condições na infância. Como a queixa de DA é muito frequente na infância, cabe aos profissionais investigar os diversos aspectos da vida dos pacientes com esse tipo de dificuldade, não se restringindo às queixas alimentares, a fim de evitar subdiagnóstico de possíveis comorbidades psiquiátricas.

## Financiamento

O estudo foi financiado pelo Instituto PENSI (Pesquisa e Ensino em Saúde Infantil). A instituição contribuiu para a execução do trabalho, porém não para a análise de dados, a interpretação dos resultados e a preparação do manuscrito. Este estudo não recebeu verba proveniente de bolsas via agências de financiamento, com ou sem fins lucrativos.

## Conflito de interesses

O orientador do estudo realiza conferências em eventos científicos financiados por instituições como Abbott, CPW, EMS, Danone, Nestlé, Nutrociência, PICME, Sanofi, Wyeth, *scientific board member of Danone Institute International, Danone Research, Mondelez*; consultoria para projetos da Abbott, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Coca-Cola, CPW, *Danone Institute International, Danone Research, Fapesp, Fap Unifesp, Nestlé*.

Os autores não têm participação em empresas do ramo alimentício, nutricional ou farmacêutico; e não há influência de quaisquer companhias nos projetos realizados, nas palestras e nas publicações da equipe.

## REFERÊNCIAS

1. Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *Br J Psychiatry*. 2001;179:324-9.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Missouri (EUA): American Psychiatric Association; 2015.
3. Alvarenga PG, Cesar RC, Leckman JF, Moriyama TS, Torres AR, Bloch MH, et al. Obsessive-compulsive symptom dimensions in a population-based, cross-sectional sample of school-aged children. *J Psychiatr Res*. 2015;62:108-14.
4. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França FF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry*. 1997;171:524-9.
5. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, Geller DA. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci*. 2014;15:410-24.
6. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2015;100:495-9.
7. Ferrão YA, Aguiar PR, Minuzzi L, Grillo R, Lopes R, Rosa R. Características clínicas e história familiar em pacientes ambulatoriais com transtorno obsesivo-compulsivo. *Rev Psiquiatr RS*. 2004;26:274-9.
8. Leonard HL, Goldberger EL, Rapoport JL, Cheslow DL, Swedo SE. Childhood rituals: normal development or obsessive-compulsive symptoms? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29:17-23.
9. Zijlmans J, Marhe R, Ende J, Verhulst FC, Popma A, Tiemeier H, et al. Children with obsessive-compulsive symptomatology in the general population: different subtypes? *J Dev Behav Pediatr*. 2017;38:476-82.
10. Kauer J, Pelchat ML, Rozin P, Zickgraf HF. Adult picky eating. Phenomenology, taste sensitivity, and psychological correlates. *Appetite*. 2015;90:219-28.
11. Kerzner B, Milano K, MacLean Jr WC, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015;135:344-53.
12. Zickgraf HF, Schepps K. Fruit and vegetable intake and dietary variety in adult picky eaters. *Food Qual Prefer*. 2016;54:39-50.
13. Zickgraf HF, Franklin ME, Rozin P. Adult picky eaters with symptoms of avoidant/restrictive food intake disorder: comparable distress and comorbidity but different eating behaviors compared to those with disordered eating symptoms. *J Eat Disord*. 2016;4:26.
14. Johnson CR, DeMand A, Shui A. Relationships between anxiety and sleep and feeding in young children with ASD. *J Dev Phys Disabil*. 2015;27:359-73.
15. Timimi S, Douglas J, Tsiftopoulou K. Selective eaters: a retrospective case note study. *Child Care Health Dev*. 1997;23:265-78.
16. Rosario-Campos MC. Peculiaridades do transtorno obsessivo-compulsivo na infância e na adolescência. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23:24-6.
17. Maximino, Machado RH, Junqueira R, Ciari M, Tosatti M, Ramos CC, et al. How to monitor children with feeding difficulties in a multidisciplinary scope? Multidisciplinary care protocol for children and adolescents. *J Hum Growth Dev*. 2016;26:327.
18. Rößner A, Juniak I, Noort BM, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Kappel V. Cognitive flexibility in juvenile anorexia nervosa in relation to comorbid symptoms of depression, obsessive compulsive symptoms and duration of illness. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2016;45:371-80.
19. van Passel B, Danner U, Dingemans A, van Furth E, Sternheim L, van Elburg A, et al. Cognitive remediation therapy (CRT) as a treatment enhancer of eating disorders and obsessive compulsive disorders: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2016;16:393.
20. Pani A, Santra G, Biswas KD. Anorexia Nervosa with Obsessive-Compulsive Disorder. *J Assoc Physicians India*. 2015;63:82-3.
21. Lafleur DL, Petty C, Mancuso E, McCarthy K, Biederman J, Faro A, et al. Traumatic Events and Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents: Is there a link? *J Anxiety Disord*. 2011;25:513-9.
22. Shavitt RG, Valerio C, Fossaluza V, Silva EM, Cordeiro Q, Diniz JB, et al. The impact of trauma and post-traumatic stress disorder on the treatment response of patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;260:91-9.
23. Silva AP, Costa KA, Giugliani ER. Infant feeding: beyond the nutritional aspects. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92 Suppl 1:S2-7.