

A criança que não come (dificuldades alimentares)

Seletividade fisiológica versus transtorno alimentar pediátrico e TARE (ARFID), classificação de Kerzner, sinais de alerta orgânicos e comportamentais, alimentação responsiva, por que não usar estimulantes de apetite e quando encaminhar

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

"Meu filho não come" é uma das queixas mais frequentes do consultório: 25 a 40% das crianças saudáveis têm alguma dificuldade alimentar, com pico entre 1 e 3 anos, mas **apenas 1 a 5% têm um transtorno alimentar de maior gravidade** (SBP 2022). O primeiro passo é a **curva de crescimento**: criança crescendo no seu canal, ativa e com exame normal tem, em geral, **percepção equivocada dos pais** ou seletividade leve (neofobia fisiológica). A SBP adota a classificação de **Kerzner**: apetite limitado, ingestão seletiva e medo de comer, cada uma com formas leves, comportamentais e orgânicas. O tratamento é **alimentação responsiva**: os pais decidem o quê, quando e onde; a criança decide se come e quanto. **Não forçar, não barganhar, sem telas, refeições de até 30 minutos, 4–6 refeições com intervalos só de água e exposições repetidas (10–15 vezes). Estimulantes de apetite não são indicados** (ciproheptadina é anti-histamínico sedativo de 1ª geração). A maioria é conduzida no consultório (●/●). **Disfagia, engasgos com tosse ou pneumonias, vômitos persistentes, desidratação, desnutrição grave ou instabilidade clínica exigem pronto-socorro (●).**

1. O que é e como se apresenta

- **Dificuldade alimentar** é o termo amplo que a SBP usa para qualquer problema de alimentação percebido pela família — desde a preocupação sem doença até o transtorno grave.
- **Neofobia e seletividade fisiológicas**: recusa de alimentos novos, com pico entre 18 e 36 meses, afeta 25–50% das crianças e melhora progressivamente entre 3 e 6 anos. A velocidade de crescimento cai no segundo ano, e **menos apetite é esperado**.
- **Transtorno alimentar pediátrico (Goday, 2019)**: ingestão oral inadequada para a idade, **por pelo menos 2 semanas**, associada a disfunção médica, nutricional, de habilidades alimentares e/ou psicossocial; agudo se < 3 meses e crônico se ≥ 3 meses.
- **TARE — transtorno alimentar restritivo/evitativo (ARFID, DSM-5)**: evitação ou restrição alimentar por baixo interesse, aversão sensorial (textura, cheiro, cor) ou medo de consequências (engasgo, vômito), com perda de peso ou falha de crescimento, deficiência nutricional, dependência de suplementos ou prejuízo psicossocial, **sem distorção da imagem corporal** (o que o diferencia da anorexia nervosa). Mais comum no TEA, em transtornos de ansiedade e após eventos traumáticos.

Classificação de Kerzner (adotada pela SBP 2022 e pela AEP)

CATEGORIA	FORMAS	PISTAS
Apetite limitado	Percepção equivocada dos pais; criança ativa com pouco apetite; criança apática/retraída; doença orgânica	Crescimento normal e pais ansiosos apontam percepção equivocada; apatia e vínculo frágil sugerem negligência ou depressão materna
Ingestão seletiva	Seletividade leve ("picky eater"); seletividade grave/sensorial; doença orgânica (atraso motor-oral, TEA)	Menos de 20 alimentos aceitos, recusa de grupos inteiros e rigidez sugerem forma grave
Medo de comer	Após engasgo, sufocação, vômitos, procedimentos orais, dor ao comer (esofagite, refluxo)	Choro, arqueamento, recusa ao ver a colher ou a mamadeira, náusea antecipatória

Em qualquer categoria, avalie o **estilo parental**: responsivo (protetor), controlador (pressão, ameaças, barganha), indulgente (cardápio sob demanda) ou negligente.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Crescimento no próprio canal de escore-z, exame normal, desenvolvimento adequado; percepção equivocada dos pais, criança ativa ou seletividade leve	Tranquilizar com a curva; orientar alimentação responsiva; retorno na consulta de rotina
● Moderada	Queda de canal (cruzamento de linhas de escore-z para baixo) ou peso estacionado em 2 consultas; peso/estatura ou IMC < -2 z sem instabilidade; seletividade grave (< 20 alimentos, recusa de grupos inteiros), aversão sensorial, medo de comer; suspeita de TARE, TEA, refluxo/esofagite ou alergia; família em conflito intenso nas refeições; sinais de carência (anemia, queilite)	Investigação dirigida, registro alimentar, reavaliação em 2–4 semanas; encaminhar a equipe multiprofissional (nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, gastroenterologista)
● Grave	Desidratação, recusa total de líquidos; disfagia com engasgos, tosse ou cianose às refeições, pneumonias de repetição (aspiração); vômitos persistentes, biliosos ou com sangue; desnutrição grave (peso/estatura ou IMC < -3 z, edema); TARE ou restrição no adolescente com bradicardia, hipotensão, hipotermia, síncope ou distúrbio hidroeletrólítico; suspeita de maus-tratos ou negligência grave	Encaminhar ao pronto-socorro/hospital (ver "Como encaminhar")

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Prematuridade, displasia broncopulmonar, cardiopatia, doença neurológica, síndromes genéticas.

- Sonda ou ventilação prolongada no período neonatal, cirurgias orofaríngeas ou digestivas.
- TEA, transtornos de ansiedade, atraso motor-oral.
- Depressão materna, insegurança alimentar, negligência.
- Dietas de exclusão prolongadas (alergia alimentar) sem acompanhamento nutricional.

3. Diagnóstico no consultório

Três perguntas iniciais (SBP 2022): quão preocupado você está com a alimentação do seu filho? Como são as refeições? O que você faz quando ele recusa?

Anamnese

- Início, gatilhos (engasgo, doença, desmame), volume de leite e de sucos, lanches entre refeições, telas nas refeições, duração das refeições, quem alimenta e como.
- Quantos e quais alimentos aceita; texturas; reação a alimentos novos.
- Sintomas: vômitos, regurgitação com dor, disfagia, tosse ao comer, diarreia, constipação, sangue nas fezes, roncos.
- Desenvolvimento motor e de linguagem, comportamento, sinais de TEA.
- Recordatório de 24 h ou registro de 3 dias.

Exame físico: peso, estatura e IMC em escore-z com a **trajetória**, não o ponto isolado; sinais de carência (palidez, queilite angular, cabelos secos), exame da cavidade oral e do freio lingual, tônus, sinais de maus-tratos.

Falha de crescimento: sinalizar o cruzamento de linhas de escore-z para baixo. O NICE NG75 considera preocupante a queda de ≥ 1 espaço de centil (se nasceu abaixo do p9), ≥ 2 espaços (se entre p9 e p91), ≥ 3 espaços (se acima do p91) ou peso abaixo do p2.

Exames: desnecessários se o crescimento é normal. Com falha de crescimento ou sinais de alerta, orientar pela clínica: hemograma, ferritina com PCR, função renal e eletrólitos, TSH e T4 livre, anti-transglutaminase IgA com IgA total, exame de urina e urocultura (a infecção urinária oculta é causa de falha de crescimento no lactente), parasitológico. Videofluoroscopia da deglutição se houver disfagia ou suspeita de aspiração.

Sinais de alerta (Kerzner; SBP 2022; AEP 2023)

- **Orgânicos:** disfagia, aspiração (tosse, engasgo, cianose, pneumonias), dor ao comer, vômitos, diarreia, sangue nas fezes, sintomas cardiorrespiratórios crônicos, atraso ou regressão do desenvolvimento, falha de crescimento.
- **Comportamentais:** fixação em poucos alimentos com eliminação progressiva de outros, alimentação forçada, náusea antecipatória, interrupção do crescimento, pânico ou vômito diante de alimentos novos, ansiedade parental extrema, sinais de negligência.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: doença celíaca, alergia alimentar e esofagite eosinofílica, refluxo com esofagite, infecção urinária, cardiopatia, doença renal, hipotireoidismo, TEA, anorexia nervosa no adolescente, negligência.

4. Tratamento em casa

Alimentação responsiva (SBP 2022; Kerzner)

- **Divisão de responsabilidades:** os pais decidem **o que, quando e onde**; a criança decide **se come e quanto** come.
- **Rotina:** 4–6 refeições/lanches em horários regulares, com **apenas água entre elas**; nada de "beliscar" nem de leite ou suco para compensar.
- **Refeições de 20–30 minutos**, à mesa, **sem telas** e sem distrações; retirar o prato sem comentários ao final.
- **Sem pressão:** não forçar, não ameaçar, não barganhar, não usar sobremesa como prêmio, não elogiar ou punir pela quantidade.
- **Exposição repetida:** oferecer o alimento recusado **10–15 vezes**, em preparações diferentes, em pequenas porções junto de um alimento aceito.
- **Comer em família**, a mesma comida (com textura adaptada); o modelo dos pais é decisivo. Não preparar cardápio separado.
- **Autonomia:** deixar a criança se servir e comer com as mãos; tolerar a sujeira própria da idade; texturas adequadas à idade.
- **Porções pequenas** para a idade: o prato cheio assusta e gera conflito.
- **Leite:** limitar o volume no pré-escolar que troca refeição por mamadeira.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Ferro elementar (se anemia ferropriva)	3–6 mg/kg/dia (SBP 2026)	Dose única ou fracionada	3–6 meses ou até repor estoques	Ver "Anemia ferropriva"; a profilaxia da SBP 2026 continua valendo
Vitamina D	400 UI/dia no 1º ano; 600 UI/dia de 1 a 18 anos (SBP 2024)	1x/dia	Contínuo	Profilaxia universal
Suplemento de micronutriente específico (zinco, cálcio, outros)	Conforme deficiência identificada e bula	—	Conforme reavaliação	Só quando o registro alimentar ou o exame mostrar carência (SBP 2022)

O que não usar

- **Estimulantes de apetite** (ciproheptadina, "fortificantes", associações com vitaminas e aminoácidos): **não indicados**. A SBP (2022) enfatiza que tratar a dificuldade alimentar não é "oferecer um estimulante de apetite", mas identificar a causa e mudar a dinâmica da refeição; o algoritmo da AEPap afirma que os fármacos **não estão indicados**. A ciproheptadina é **anti-histamínico sedativo de 1ª geração**, que o site não recomenda.
- **Polivitamínicos** "para abrir o apetite": sem benefício no apetite e com risco de hipervitaminose A.
- **Suplementos hipercalóricos** na criança que cresce bem: reforçam a recusa das refeições.
- **Forçar, distrair com tela, "aviãozinho" insistente, alimentar dormindo.**

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Desidratação, recusa total de líquidos, diurese muito reduzida.
- Disfagia com engasgos, tosse ou cianose durante a alimentação, suspeita de aspiração ou corpo estranho.
- Vômitos persistentes, biliosos ou com sangue; distensão abdominal.
- Desnutrição grave: peso/estatura ou IMC < -3 z, edema, letargia, hipotermia, hipoglicemia.
- Adolescente com restrição alimentar (TARE ou anorexia) com bradicardia, hipotensão ou ortostatismo, hipotermia, síncope, distúrbio hidroeletrólítico ou ideação suicida.
- Suspeita de maus-tratos ou negligência grave (acionar também o Conselho Tutelar).
- Falha do tratamento ambulatorial com perda de peso progressiva.

Como encaminhar

1. Desidratação: iniciar terapia de reidratação oral no consultório se a criança aceitar; se não aceitar ou houver choque, acesso venoso e transporte.
2. Desnutrição grave: manter aquecida, oferecer pequena quantidade de glicose oral se consciente (prevenir hipoglicemia), **não iniciar realimentação agressiva** (risco de síndrome de realimentação).
3. Engasgo com dificuldade respiratória: manobras de desobstrução conforme a idade, oxigênio, SAMU (192).
4. Contato com o serviço (idealmente com gastroenterologia/nutrição e psiquiatria, no adolescente).
5. Relatório com curva de crescimento, registro alimentar, exames e descrição da dinâmica familiar.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Seu filho está crescendo bem na curva: o apetite menor é esperado nesta idade."
- "Você decide o que, quando e onde; ele decide se come e quanto. Não force e não troque a comida por leite ou biscoito."
- "Ofereça o alimento recusado muitas vezes, sem pressão; pode levar 10 a 15 tentativas."
- "Sem telas nas refeições e no máximo 30 minutos à mesa."
- "Remédio para abrir o apetite não resolve e pode fazer mal."
- Retorno em 1–3 meses para rever a curva; antes, se perder peso.
- Procurar o pronto-socorro se: recusar também líquidos, fizer pouco xixi, engasgar com falta de ar ou ficar roxo ao comer, vomitar sempre, ficar muito mole ou emagrecer rapidamente.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Classificação	Kerzner (apetite limitado, seletividade, medo de comer)	Kerzner (publicado em <i>Pediatrics</i> , 2015); transtorno alimentar pediátrico (Goday 2019)	Foco na falha de crescimento (NG75)	Segue o NICE	Kerzner; TARE (DSM-5)
Falha de crescimento	Cruzamento de linhas de escore- z; $z < -2$	Queda de percentis	Queda de 1–3 espaços de centil conforme o peso ao nascer; peso $< p2$	Segue o NICE	Fallo de medro como sinal de alerta
Exames	Dirigidos por sinais de alerta	Dirigidos	Urina; celíaca se indicado; sem exames de rotina	Segue o NICE	Hemograma, bioquímica, tireoide, celíaca, urina se falha de crescimento
Tratamento	Alimentação responsiva, exposição repetida, rotina; equipe multiprofissional	Abordagem nos quatro domínios (médico, nutricional, habilidades, psicossocial)	Avaliação da alimentação, dietista, estrutura das refeições	Segue o NICE	Leve a moderado com o pediatra; grave com equipe
Estimulantes de apetite	Não recomendados (tratar a causa)	Sem diretriz AAP específica; consenso de 2019 foca terapia multidisciplinar	Não fazem parte do manejo	Segue o NICE	AEPap: fármacos não indicados; protocolo AEP 2023 admite adjuvante em casos selecionados
Internação	Desnutrição grave, desidratação, disfagia com aspiração	Conforme gravidade (aspiração, desnutrição)	Sonda enteral só com objetivos definidos e equipe	Segue o NICE	Falha ambulatorial, maus-tratos, desnutrição grave

Leitura: as referências convergem na classificação de Kerzner, na alimentação responsiva sem pressão como tratamento central e na abordagem multiprofissional dos casos graves. O NICE organiza o tema pela falha de crescimento, com limiares objetivos de queda de centil. A única divergência relevante é sobre **estimulantes de apetite**: SBP e AEPap não os indicam, enquanto o protocolo da AEP de 2023 admite seu uso como adjuvante em casos selecionados — posição que este documento não adota.

PONTOS PRÁTICOS

1. Comece pela curva: criança crescendo no seu canal, ativa e com exame normal não precisa de exames nem de remédio.
2. Classifique pela tríade de Kerzner e identifique o estilo parental; pressão e barganha pioram a recusa.
3. Oriente rotina de 4–6 refeições, só água entre elas, 20–30 minutos à mesa, sem telas e exposição repetida.
4. Não prescreva estimulante de apetite nem polivitamínico "para abrir o apetite".
5. Menos de 20 alimentos, recusa de grupos inteiros, pânico diante de comida nova ou queda de canal pedem equipe multiprofissional (pense em TARE e TEA).
6. Disfagia com aspiração, desidratação e desnutrição grave são indicações de hospital.

Veja também, nesta Biblioteca: **Orientações para Lactentes de 12 a 18 Meses** e **Orientações 2 a 3 Anos** (Pais e cuidadores — seletividade e neofobia); **Anemia ferropriva**; **Alergia à proteína do leite de vaca**; **Como as Crianças Crescem** (Pais e cuidadores).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Nutrologia. Guia de Orientações — Dificuldades Alimentares, 2022. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Dificuldades alimentares (Pediatria para Famílias), 2023. sbp.com.br
- Goday PS et al. Pediatric Feeding Disorder — Consensus Definition and Conceptual Framework. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2019. [PDF](#)
- StatPearls. Pediatric Feeding Disorders — Recognition, Diagnosis, and Management. [NCBI Bookshelf](#)
- NICE. NG75 — Faltering growth, 2017 (limiares resumidos). [Zero to Finals](#)

- AEPap. Martínez Rubio A, Santana Vega C, Ros Arnal I. Algoritmo — Falta de apetito, 2016. [PDF](#)
- AEP. Castejón Ponce E et al. Alteraciones del comportamiento alimentario en el lactante y niño pequeño — Protocolos SEGHNP/AEP, 2023. [PDF](#)
- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.