



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Università degli Studi di Roma
“La Sapienza”
Facoltà di Psicologia
Dipartimento di Psicologia
Dinamica e Clinica
Dottorato di Ricerca in
Psicologia Dinamica, Clinica e
dello Sviluppo (Ciclo XXI)
Tutor : Prof. Massimo Ammaniti
Co-tutor: Prof.ssa Silvia
Mazzoni

Universidade de Brasília/Brasil
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia
Clinica
Doutorado em Psicologia
Clinica e Cultura
Orientadora:
Profa. Terezinha de Camargo
Viana

TESE DE DOUTORADO EM CO-TUTELA
O TRANSTORNO ALIMENTAR PÓS-TRAUMÁTICO
NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Dione de Medeiros Lula Zavaroni

Dedico este trabalho ao meu marido, Adalberto, e aos meus filhos, Giovanna e Enzo, pelo valioso apoio e pelo incentivo que me encorajou no desenvolvimento do doutorado no Brasil e na Itália.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as mães que juntamente com seus filhos participaram desta pesquisa e que tornaram possível meu doutorado na Itália.

O meu mais sincero e inesquecível reconhecimento a minha orientadora junto à Universidade de Brasília, Profa. Terezinha de Camargo Viana, que sempre de modo muito dedicado me guiou desde o início do doutorado como mestra, colega e amiga.

Dirijo um agradecimento especial ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília, que através da Profa. Gláucia Diniz, tornou possível a execução do trabalho de co-tutela entre as duas Universidades.

Faço um agradecimento muito especial ao meu orientador junto à Universidade de Roma “La Sapienza”, Prof. Massimo Ammaniti, que de modo sempre muito gentil e competente orientou o desenvolvimento do meu trabalho na Universidade de Roma, oferecendo-me uma oportunidade ímpar de estudo e de aprofundamento no tema desta pesquisa.

Agradeço ao Departamento de Psicologia Dinâmica e Clínica da Universidade de Roma, que acolheu a solicitação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (Brasil), para o desenvolvimento do Doutorado em Co-tutela. Em especial, à Profa. Marisa Malagoli Togliatti, coordenadora do Corso di Dottorato di Ricerca in Psicologia Dinamica, Clinica e

dello Sviluppo e a Profa. Silvia Mazzoni, minha co-orientadora junto à Sapienza, que desde o início foram muito disponíveis e acolhedoras.

Um agradecimento especial à Profa. Loredana Lucarelli que de modo muito gentil e competente me orientou no trabalho de observação e avaliação da interação alimentar mãe-bebê.

Um grande e sincero agradecimento à Dra. Silvia Cimino, da Universidade de Roma, pesquisadora capaz e colega estimada, pela importante colaboração e pelo papel fundamental no transcorrer do meu doutorado.

Agradeço a minha colega Dra. Francesca Menozzi que muito gentilmente me acompanhou no trabalho junto às creches da Cidade de Ciampino/Roma (Itália).

Agradeço a Clara Bravetti que muito atenciosamente fez o trabalho de revisão da versão italiana desta tese.

Um carinhoso agradecimento a minha amiga Dra. Estela Versiani pela preciosa colaboração na elaboração do resumo em inglês.

RESUMO

OBJETIVOS: Identificar os fatores de risco presentes no Transtorno Alimentar Pós-traumático (TAPT); Identificar características específicas do comportamento alimentar da criança e dos modelos de interação mãe-bebê no TAPT; Estabelecer critérios diagnósticos diferenciais entre o TAPT e a Anorexia Infantil (AI); Evidenciar a pertinência da observação da interação alimentar mãe-bebê no processo diagnóstico do TAPT.

METODOLOGIA: O estudo foi realizado com 60 crianças (n=60) (idade média: 23 meses; ranger:17-36 meses) divididas em três grupos: Grupo de crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático/TAPT (n=20); Grupo de crianças com Anorexia Infantil/AI (n=20); e Grupo de Controle composto por crianças sem transtornos alimentares (n=20). As crianças e suas mães foram observadas em sessões alimentares e a interação alimentar videoregistrada foi avaliada mediante o uso da *Feeding Scale* (Chatoor et al., 1998; na adaptação italiana *Scala di Valutazione dell'Interazione Alimentare Madre-Bambino / SVIA*, Ammaniti et al., 2006) e da *Feeding Resistance Scale* (Chatoor et al., 2001). O perfil psicológico das mães e das crianças foi avaliado a partir do *Psychiatric Symptom Checklist* (SCL-90-R) (Derogatis, 1994) e do *Child Behavior Checklist 1½-5* (CBCL 1½-5) (Achenbach e Rescorla, 2000; versão italiana, Frigerio, 1998; Frigerio et al., 2006), respectivamente.

RESULTADOS: Os grupos clínicos (TAPT e AI) demonstraram maiores dificuldades na interação alimentar mãe-bebê do que o grupo de controle. As crianças com TAPT apresentaram resultados significativamente mais elevados na dimensão ansiedade antecipatória, revelando dificuldades na regulação emotiva entre estas crianças e suas mães na interação alimentar. Os resultados médios mais elevados obtidos pelas mães das crianças do Grupo TAPT foram encontrados na dimensão Ansiedade. O grupo de crianças com TAPT revelou uma presença significativa de Comportamentos Agressivos, com relação às crianças dos outros dois grupos (p<.001). Os resultados das crianças com Anorexia Infantil foram significativamente elevados na dimensão Ansiedade / Depressão (p<.001).

CONCLUSÕES: As crianças com TAPT apresentaram uma intensa recusa alimentar associada a um intenso pavor da situação alimentar. A interação alimentar mãe-bebê revelou a presença de um elevado índice de conflito interativo. O perfil materno das mães das crianças com TAPT apresentou-se marcado sobretudo pela ansiedade. A utilização da observação da interação alimentar foi confirmada como um importante instrumento no diagnóstico diferencial entre o TAPT e a AI. Foi confirmada a hipótese inicial de que no TAPT as dificuldades de interação alimentar mãe-bebê encontram-se associadas a características maternas e a particulares características da criança, que juntas podem configurar uma situação de risco para o aparecimento e persistência do transtorno alimentar.

PALAVRAS-CHAVE: transtorno alimentar pós-traumático, transtorno alimentar, anorexia infantil, recusa alimentar, interação alimentar mãe-bebê.

SUMMARY

OBJECTIVES: to identify risk factors in posttraumatic feeding disorder (PTFD); to identify specific characteristics in infant's feeding behavior and models of mother-infant interaction in PTFD; to establish criteria for differentiating PTFD from infantile anorexia (IA); to show relevance of observing feeding interactions in diagnosing PTFD. **METHOD:** Three groups of infants (aged 17–36 months) participated: PTFD (n = 20), IA (n = 20), and healthy eater controls (n = 20). Infants and their mothers were observed in feeding sessions and feeding interaction was videotaped and assessed according to the *Feeding Scale* (Chatoor et al., 1998; in the Italian adaptation *Scala di Valutazione dell'Interazione Alimentare Madre-Bambino / SVIA*, Ammaniti et al., 2006) and the *Feeding Resistance Scale* (Chatoor et al., 2001). Psychological profile of mothers and infants was assessed by means of the *Psychiatric Symptom Checklist* (SCL-90-R) (Derogatis, 1994) and the *Child Behavior Checklist 1½-5* (CBCL 1½-5) (Achenbach e Rescorla, 2000; Italian version, Frigerio, 1998; Frigerio et al., 2006), respectively. **RESULTS:** Clinical groups (PTFD and IA) demonstrated more problematic mother-infant feeding interactions than did the control group. Infants with PTFD showed results significantly higher in the *Feeding Resistance Scale* ($p < .001$) than did the other groups, particularly in the anticipatory stress dimension, revealing difficulties in emotive regulation between these infants and their mothers in feeding interaction. The highest average results obtained by mothers of the PTFD group were in the Anxiety dimension, when compared to the results obtained by the mothers of the other two groups ($p < .001$). The highest average results obtained by mothers of the IA group were found in the Depression dimension, in comparison to results obtained by the other groups ($p < .001$). Assessment of the infants' psychological profiles showed a significant presence of Aggressive Behaviors, if compared to infants of the other two groups ($p < .001$). Infants with IA scored significantly higher in the Anxiety/ Depression dimension when compared to results obtained by infants of the other groups ($p < .001$). Mothers of the PTFD group show an intense state of anxiety, compared to mothers of both other groups ($p < .001$). **CONCLUSION:** Infants with PTFD showed an intense feeding resistance associated to an intense fear of the feeding situation. Mother-infant feeding interaction revealed a high rate of interactive conflict. The profile of mothers from the PTFD group was labeled above all by anxiety. Observation of feeding interaction was confirmed as an important instrument for differential diagnosis of PTFD and IA. The use of two scales of observation was particularly important, especially because they evidenced complementary research data. Results obtained by infants with PTFD were compared to those obtained by infants with IA and infants from the control group. The initial hypothesis that, in PTFD, difficulties in mother-infant feeding interaction are associated to specific characteristics of the mother and the infant, configuring a risk situation for this eating disorder, was confirmed.

KEY-WORDS: posttraumatic feeding disorder, infantile anorexia, feeding resistance, feeding interactions.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1: CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA.....	24
CAPÍTULO 2: O TRANSTORNO ALIMENTAR PÓS-TRAUMÁTICO.....	39
2.1 O TRANSTORNO ALIMENTAR PÓS-TRAUMÁTICO E A ANOREXIA INFANTIL	50
CAPÍTULO 3: A INTERAÇÃO ALIMENTAR MÃE-BEBÊ.....	59
CAPÍTULO 4: A PESQUISA.....	77
4.1 OBJETIVOS.....	77
4.2 HIPÓTESES	78
4.3 METODOLOGIA	79
4.3.1 AMOSTRA	79
4.3.2 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS.....	83
4.3.2.1 AVALIAÇÃO DA INTERAÇÃO ALIMENTAR MÃE-BEBÊ	83
4.3.2.2. AVALIAÇÃO DO PERFIL PSICOLÓGICO DA CRIANÇA:	
<i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST 1½-5</i>	92
4.3.2.3 AVALIAÇÃO DO PERFIL PSICOLÓGICO MATERNO:	
<i>SYMPTOM CHECKLIST-90-REVISED, SCL-90-R</i>	94
CAPÍTULO 5: RESULTADOS	97
5.1 FEEDING SCALE.....	97
5.2 FEEDING RESISTANCE SCALE	101
5.3 CHILD BEHAVIOR CHECKLIST 1½-5 – CBCL 1½-5.....	104
5.4 SYMPTOM CHECKLIST-90-REVISED – SCL-90-R	107
CAPÍTULO 6: DISCUSSÃO	112
CONCLUSÃO.....	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	128

APRESENTAÇÃO

A presente tese de doutorado é fruto do Acordo de Co-tutela de Tese firmado entre a Universidade de Brasília (Brasil) e a Università di Roma “La Sapienza” (Itália).

Em março de 2005, o Projeto de Pesquisa teve início no Curso de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília (Brasil) com a orientação da Profa. Terezinha de Camargo Viana e, a partir de março de 2007, desenvolveu-se junto ao Corso di Dottorato in Psicologia Dinamica, Clinica e dello Sviluppo, da Università di Roma “La Sapienza”, com a orientação do Prof. Massimo Ammaniti.

O Projeto de Pesquisa iniciado junto à Universidade de Brasília tinha como propósito o estudo do trauma em idade evolutiva, dentro de uma perspectiva psicanalítica. O interesse pelo tema do trauma no período da infância advém, por um lado, do trabalho psicoterápico realizado com crianças, e, de outra parte, do trabalho com crianças hospitalizadas. O trabalho psicoterápico com crianças, conjuntamente com o trabalho de escuta dos pais, suscitou um conjunto de questões, sobretudo sobre a compreensão do *conceito do infantil* na psicanálise freudiana, tema da Tese de Mestrado defendida no Curso de Mestrado em Psicologia na Universidade de Brasília (Zavaroni, 2003), cujos principais aspectos foram publicados no artigo intitulado “A constituição do infantil na obra de Freud” (Zavaroni, Viana e Celes, 2007).

O trabalho com crianças hospitalizadas foi desenvolvido como um Projeto de Extensão de Ação Contínua da Universidade de Brasília junto à enfermaria pediátrica de um hospital de referência nacional na rede de saúde pública brasileira, situado na cidade de Brasília (DF), que acolhe crianças encaminhadas de unidades hospitalares de Brasília e de cidades de diversas regiões do Brasil. O Projeto de Extensão tinha como objetivo oferecer atendimento psicológico às crianças hospitalizadas e realizar um trabalho de orientação aos pais das crianças atendidas, a partir de um espaço de escuta e acompanhamento no período da internação. O trabalho com crianças hospitalizadas motivou questões referentes às relações existentes entre a compreensão do infantil na psicanálise e as situações adversas vividas no período da infância, com um específico interesse na repercussão na constituição psíquica da vivência de situações adversas que envolvem doenças graves e hospitalização, durante a infância. Estas questões foram sistematizadas dentro de um projeto de pesquisa que foi iniciado com um estudo sobre a compreensão freudiana do trauma. Este trabalho inicial foi apresentado e aprovado no Exame de Qualificação realizado no Curso de Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura (UnB), com o título “Trauma Psíquico na Primeira Infância” (Zavaroni, 2006) e enviado para publicação com o título “Infância e Trauma” (Zavaroni e Viana, 2008).

A partir de novos objetivos que se instalaram dentro do trabalho de pesquisa, estabeleceu-se a necessidade de um reordenamento metodológico especialmente com o propósito de obter dados empíricos sobre o tema de interesse. Nesse novo contexto, várias mudanças metodológicas foram

realizadas no transcorrer da pesquisa e novas referências foram inseridas com o objetivo de obter-se um desenho de pesquisa em maior conformidade com os estudos realizados na área, principalmente aqueles oriundos da *Infant Research*, que se propõe à investigação no campo do desenvolvimento infantil a partir de quesitos clínicos, e da *Developmental Psychopathology*, que se descreve como uma disciplina “que sublinha a importância de estudar a psicopatologia em relação às mudanças mais significativas que surgem no curso do ciclo vital” (Ammaniti, 2001, p. 12 e 14). Esta segunda fase do projeto de pesquisa, iniciada em março de 2007, foi desenvolvida no Corso di Dottorato di Ricerca dell’Università di Roma “La Sapienza”, na Itália.

A nova proposta empírica do Projeto de Pesquisa colocou em foco a área dos Transtornos¹ Alimentares na Infância com um particular interesse no estudo do Transtorno Alimentar Pós-traumático (TAPT) nos primeiros anos de vida e se insere dentro de diversas áreas de estudo, tais como, as áreas que se ocupam da Primeira Infância, dos Transtornos Alimentares Infantis e da Psicopatologia Infantil. O Transtorno Alimentar Pós-traumático na primeira infância foi o ponto de convergência encontrado entre os estudos sobre o trauma, o trabalho clínico no âmbito da psicologia infantil e a constatação do necessário desenvolvimento de pesquisas sobre o tema no campo da *Infant Research*. A presente Tese de Doutorado nasce do esforço de consolidar estes objetivos e de, posteriormente, transportar seus resultados ao campo científico de origem.

¹ Na presente versão em língua portuguesa será utilizado o termo Transtorno como tradução do termo *disorders*, usado na língua inglesa, e *disturbo*, na língua italiana.

INTRODUÇÃO

Na infância, a alimentação é uma importante função que garante a sobrevivência da criança e permite as suas primeiras trocas com o mundo. Do ponto de vista das funções orgânicas, a alimentação é inicialmente uma função do sistema digestório que inclui a preparação oral e a transição da comida, da boca ao estômago. Além disso, a alimentação prever diversas situações e ações que envolvem desde a ação específica de preparação, para iniciar a comer, até a deglutição da comida. Para o recém-nascido, por exemplo, a alimentação exige funções muito refinadas que envolvem ritmo e coordenação das ações de sugar, deglutir e fazer pausas, de modo a conseguir completar eficazmente o ato da alimentação. Do ponto de vista orgânico, o êxito da alimentação das crianças pequenas é avaliado através da avaliação do crescimento, definido com base em um apropriado ganho de peso corpóreo (Delany e Arvedson, 2008). Em um sentido mais vasto, alimentar-se ou ser alimentado é uma ação ampla que, além dos aspectos mencionados acima, envolve todos os aspectos da interação entre a criança e seu cuidador.

Segundo Kuhn, Girolami e Gulotta (2007), se inicialmente a alimentação era considerada como um ato intuitivo, hoje se considera que seja um complexo processo que exige uma interação adequada com o cuidador, habilidade oral e motora, e também a ausência de problemas gastrointestinais. Esses múltiplos aspectos da alimentação, a transforma em um tema de pesquisa que envolve diversos campos de estudo (psiquiatria, psicologia,

gastroenterologia, etc.). No entanto, é importante realçar que os diversos aspectos (orgânicos, psíquicos, emocionais e interacionais) presentes na alimentação estão em estreita relação e podem estar relacionados tanto a criança como ao seu cuidador, ou ainda à situação que envolve ambos no momento da alimentação.

Na Tabela 1, publicada por Kuhn et al. (2007), estão descritas as fases do desenvolvimento nos dois primeiros anos de vida do ponto de vista das habilidades previstas no comportamento alimentar da criança. Come se pode observar, nos primeiros anos de vida, uma criança adquire as principais habilidades para a realização da alimentação autônoma. Segundo esses autores, além da aquisição dessas capacidades, o desenvolvimento das habilidades cognitivas e da socialização são fatores importantes para uma adequada alimentação da criança.

TABELA 1: Cronologia do Desenvolvimento do Comportamento Alimentar nos Primeiros Dois Anos de Vida

IDADE (MESES)	FASES
0 a 12	Suga e deglute líquidos (no seio ou na mamadeira)
4 a 6	Come purês com a colher (cereais, fruta, verduras, carne)
8 a 9	Bebe líquidos no copo Tritura o alimento ou come comidas para bebês com a colher Come alimentos macios com os dedos
10 a 12	Come alimentos de textura macia
24	Alimenta-se sozinho usando os talheres

Fonte: Kuhn, Girolami e Gulotta (2007)

É importante sublinhar que nesta Tese, será usado o termo *feeding* para fazer referência à alimentação da criança pequena. Na língua inglesa, o termo *feeding* é usado no lugar do termo *eating* para fazer referência à alimentação do bebê e especifica a ação de nutrir, de dar de comer, alimentar uma criança, em oposição à ação autônoma de alimentar-se sozinho, característico das fases mais avançadas do desenvolvimento humano. Um outro aspecto do uso do termo *feeding* consiste na referência implícita à situação que na alimentação da criança está sempre presente uma outra pessoa que lhe oferece o alimento, ou seja, para uma criança pequena, a alimentação não é uma ação solitária, mas um conjunto de situações que prevêm pelo menos dois atores.

Segundo Gowers (2005), os principais sistemas de classificação psiquiátrica distinguem entre *feeding disorders* e *eating disorders* como modo de assinalar as diferenças entre a alimentação na primeira infância e nos outros períodos da vida, sobretudo para demarcar o processo de transposição, no curso do desenvolvimento humano, da alimentação que dependente da ação dos adultos em direção à alimentação autônoma.

Nos anos recentes, os transtornos alimentares infantis foram definidos e especificados nas mais importantes classificações diagnósticas dos transtornos mentais infantis disponíveis atualmente: o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM (American Psychiatric Association, 1994; 2000) e a *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: DC 0-3 (Zero-To-Three, 1994; 2005)*, uma classificação inovadora e mais específica dos transtornos mentais da primeira infância.

O exame da literatura colocou em evidência que a classificação dos transtornos alimentares sofreu modificações de acordo com as pesquisas. Ao contrário daquilo que se acreditava no início dos estudos sobre os transtornos alimentares na primeira infância, atualmente, se compreende que os transtornos alimentares podem ter, além das causas orgânicas, uma componente psíquica e que, na maioria dos casos, a uma disfunção orgânica (como as alterações funcionais do aparato oral e/ou gástrico) se agrega uma causa psíquica que persiste mesmo depois da remoção cirúrgica e/ou médica da patologia orgânica (Sanders, Patel, Le Grice e Shepherd, 1993).

Muito recentemente, os transtornos alimentares infantis foram colocados em evidência de modo muito particular por Chatoor e Ammaniti (2007), que propuseram significativas mudanças nas atuais classificações existentes no DSM IV-TR (APA, 2000). A relevante contribuição desses autores compõe a recente publicação da American Psychiatric Association, *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (Narrow, First, Sirovatka & Regier, 2007). As modificações foram sugeridas sobretudo para se obter uma classificação mais específica e para inserir os novos transtornos que foram revelados a partir de novos estudos, como é o caso do Transtorno Alimentar Pós-Traumático.

Na década de 80, Chatoor, Conley e Dickson (1988) propuseram a definição de Transtorno Alimentar Pós-Traumático na Infância (*Posttraumatic Feeding Disorders*) porque reconheciam no mesmo, características próprias e particulares que exigiam intervenções específicas. Porém, os estudos que têm como tema o Transtorno Alimentar Pós-Traumático na Infância são ainda raros.

A presente pesquisa pretende oferecer uma contribuição baseada em dados da observação mãe-bebê no momento da alimentação, com o intuito de colaborar na especificação dos critérios diagnósticos propostos pelas recentes classificações, tais como aquela proposta pela Zero to Three (Zero to Three, 2005) e por Chatoor e Ammaniti (Chatoor, 2003; Chatoor ed Ammaniti, 2007).

Em relação à faixa etária, os estudos estão, cada vez mais, interessados na investigação dos períodos mais precoces da vida, como ilustra a pesquisa de Delany e Arvedson (2008). Estes autores publicaram um exame da literatura com o objetivo de descrever os diversos aspectos referentes ao desenvolvimento normal da capacidade de ser alimentado e de deglutir o alimento, do período pré-natal à infância. A preocupação com a alimentação em fases cada vez mais precoce da vida, revela o consenso de que as primeiras aproximações à alimentação são decisivas para os posteriores comportamentos alimentares. É na primeira infância que a criança adquire as primeiras competências nas diversas funções no âmbito do desenvolvimento (funções psicossociais, ambientais, cognitivas, etc.).

Nesse contexto, o presente estudo se dedica ao período da primeira infância (0-3 anos) considerando a sua relevância no desenvolvimento psíquico e comportamental da criança, do adolescente e também do adulto. Diversos estudos se dedicaram ao estudo desta fase. As clássicas pesquisas de Spitz (1965) colocaram em evidência a troca afetiva entre a criança e seu cuidador como imprescindível no curso do desenvolvimento da criança. Bowlby (1952) afirma que o desenvolvimento mais importante da psiquiatria foi o fato de haver colocado em evidência que a qualidade dos cuidados que recebe uma criança

nos seus primeiros anos de vida é de grande importância para a sua futura saúde mental. Além de ressaltarem a importância dos cuidados que recebe o bebê, diversos estudos sublinham a continuidade entre os transtornos que surgem nos primeiros anos de vida e os períodos sucessivos da vida. Em um artigo dedicado à discussão das relações entre o apetite e os transtornos emocionais, Winnicott (1936) afirma que existe uma evidente continuidade clínica nas perturbações do apetite que se manifestam na primeira infância, na puberdade, na adolescência e na vida adulta. Segundo esse autor, não existe uma linha divisória precisa entre a anorexia nervosa da adolescência, os problemas alimentares na criança, os transtornos do apetite característicos dos momentos críticos (como por exemplo, a introdução dos alimentos sólidos para o bebê) e as dificuldades da alimentação nos períodos mais precoces da vida.

Nos períodos sucessivos, após os estudos iniciais de Spitz, Bowlby e Winnicott, as pesquisas sobre as primeiras trocas entre o bebê e seu cuidador colocam ênfase na importância do compartilhar dos sinais afetivos que promovem a comunicação de necessidades, intenções, expectativas, desejos, assim como a regulação e a estabilização dos ritmos biológicos (Kaye, 1982; Stern, 1971, 1985; Ammaniti, Ambrozzi, Lucarelli, Cimino, e D'Olimpio, 2004a). O objetivo desses estudos é colocar em evidência a capacidade de realizar trocas interativas que permitam ao bebê a sustentação necessária a um desenvolvimento satisfatório.

Nesse contexto, o momento da alimentação é particularmente importante, a começar pela constatação de que o bebê e seu cuidador dedicam muitos momentos de sua interação diária à alimentação. Segundo Stern

(1985), muito precocemente se desenvolve entre o bebê e seu cuidador uma troca comunicativa muito particular que se assemelha a um *passo de dança*. A metáfora utilizada por Stern (1985) traduz exatamente aquilo que se realiza entre o bebê e seu cuidador, onde cada parceiro da díade comunica os sinais que são traduzidos pelo outro parceiro e assim um ritmo próprio à díade se instala no centro das trocas. Desse modo, se pode dizer que a presença dos transtornos que comprometem a qualidade das trocas entre o cuidador e a criança, no momento da alimentação, pode representar um fator de risco não apenas em relação à alimentação, mas no âmbito geral do desenvolvimento infantil.

Em consonância com as pesquisas mais recentes, a *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: DC 0-3 (Zero-To-Three, 1994; 2005)* define o Transtorno do Comportamento Alimentar como uma “dificuldade em estabelecer modelos regulares de alimentação – ou seja, quando uma criança não é capaz de regular a própria alimentação segundo os próprios estados fisiológicos de fome ou de saciedade” (p.47).

Outro fator de preocupação com relação às consequências dos transtornos alimentares consiste na constatação de que, frequentemente, esses transtornos comprometem ou impedem um crescimento satisfatório em consequência de uma insuficiente ingestão alimentar por parte da criança. Diversos estudos confirmam que a resposta nutricional imprópria às necessidades da criança nos primeiros anos de vida é a causa de vários tipos de problemas de saúde nos períodos sucessivos da vida (Lucas, 1994) e são

diversas as pesquisas sobre as consequências de um transtorno alimentar na infância nas fases posteriores da vida. Fernandez-Aranda, Kruga, Graneroc et al. (2007) desenvolveram um estudo que analisa os fatores presentes nos modelos alimentares individuais e familiares na infância e na adolescência de pacientes adultos com transtorno alimentar e concluem que os pacientes que fizeram referência a modelos alimentares problemáticos na infância, associada a uma excessiva importância da comida por parte dos pacientes ou da família, tinham uma maior probabilidade de apresentarem um subseqüente transtorno alimentar. Dahl e Sundelin (1992) e Lindberg, Bohlin, Hagekull, e Thunsnom (1994) sustentem que a recusa alimentar nos primeiros anos de vida parece ser um fator de risco na existência de uma longa história de problemas com a alimentação. Chatoor, Sules, Ganiban, Beker, Paez, e Kerzner (2004) estudaram crianças e adolescentes com transtornos alimentares e com a Síndrome do Déficit de Crescimento (*failure to thrive syndrome*) e concluíram que os transtornos podem persistir ao longo de muitos anos e estão relacionados aos problemas de desenvolvimento emocional e comportamental.

As pesquisas desenvolvidas no âmbito dos transtornos alimentares revelaram uma grande variedade dos fatores que se encontram presentes na origem dos mesmos (Chatoor, 2002, 2003; Hagekull, Bohlin e Rydell, 1997; Benoit, 2000; Ramsay, Gisel, McCusker, Bellavance e Platt, 2002; Ammaniti, Lucarelli, Cimino, D'Olimpio, 2004b). Quanto à frequência dos transtornos alimentares, Lucarelli (2001) cita os estudos de Lindberg, Bohlin, Hagekull (1991) onde os mesmos afirmam que existe uma prevalência do sexo feminino na recusa seletiva ou total do alimento, mas, segundo Benoit (2000), não existe

pesquisas posteriores que confirmem esses resultados. Com relação à prevalência desses transtornos, Chatoor (2003) afirma que os mesmos estão presentes em 25% a 30% das crianças. Segundo Benoit e Coolbear (1998), os transtornos alimentares aparecem em 25% das crianças sem queixas relativas ao desenvolvimento e em 35% das crianças com problemas de desenvolvimento. Segundo Arvedson (2008), a presença dos transtornos alimentares infantis se encontra entre 25% a 45% das crianças com desenvolvimento normal, em mais de 80% das crianças que apresentam transtornos do desenvolvimento e em 60% das crianças com déficit do crescimento (*failure to thrive*). Chatoor e Ganiban (2003) se reportam aos estudos de Dahl e Sundelin (1992) e afirmam que de 1% a 2% das crianças com menos de um ano de idade demonstram acentuada recusa alimentar e baixo nível de desenvolvimento. Segundo Barton e Nicholls (2008), a grande prevalência da anorexia na literatura sobre a infância e a adolescência indica a frequência e a gravidade da presença dos transtornos alimentares nessa faixa etária. A partir da análise de várias pesquisas (Coulthard & Harris, 2003; Dahl, Rydell, & Sundelin, 1994; Grantham-McGregor, Walker, & Chang, 2000; Skuse, 1993), Blissett, Meyer e Haycraft (2007) afirmam que os transtornos alimentares na infância são frequentes, relativamente constantes e têm consequências potencialmente danosas no desenvolvimento cognitivo e físico da criança.

Partindo de uma pesquisa com um grupo de crianças entre dez meses e dois anos de idade, sem diagnóstico de transtornos da alimentação, Hagekull et al. (1997) concluem que a relativa estabilidade dos problemas da

alimentação nesse grupo aponta para a importância dos problemas precoces da alimentação colocados em evidência nas pesquisas e na prática clínica. Maldonado-Duran, Fonagy, Helmig et al. (2008) realizaram um estudo em que aplicaram um questionário nos genitores de um grupo de 339 crianças que não apresentavam referências a transtornos da alimentação. Nesse grupo, os pesquisadores encontraram 30 crianças cujos genitores fizeram referência a sintomas relacionados a transtornos da alimentação, mas que nunca foram encaminhados a tratamento. Após a análise dos dados, a pesquisa de Maldonado-Duran, Fonagy, Helmig et al. (2008) revela que metade das crianças com sintomas de transtornos da alimentação (*feeding disorders*) tinha problemas com o peso corpóreo, pouco interesse pela comida e escasso apetite, mas nunca foram encaminhados para uma investigação da presença de possíveis transtornos alimentares.

A partir dos resultados das pesquisas acima mencionadas, pode-se formular a hipótese de que o número de crianças com transtornos alimentares é provavelmente muito mais elevado daquele que se conhece atualmente. Todos os estudos citados anteriormente indicam que a presença dos transtornos alimentares se mostra relevante na população infantil e assinalam a importância dos estudos que evidenciam os aspectos necessários a um diagnóstico preciso e que possam orientar a escolha de intervenções que possam preveni-los.

Do ponto de vista psíquico, várias pesquisas têm investigado sobre o modo como os fatores psíquicos participam no aparecimento e na evolução dos transtornos alimentares na infância e quais seriam as possíveis correlações

entre esses transtornos e os modelos interacionais existentes entre a criança e seu cuidador (Stern, 1985; Drotar, Eckerle, Satola et al. 1990; Lindberg Bohlin, Hagekull e Palmérus, 1996; Stein, Woolley, McPherson, 1999; Chatoor, 2002; Ammaniti et al, 2004; Lucarelli, L., Ambruzzi, A.M., Cimino, S. et al., 2003).

Ammaniti et al. (2004) afirmam que a interação entre a criança e seu cuidador sempre se constitui como um modelo interacional muito específico à díade e aquilo que essa interação produz advém de uma fusão dos diversos elementos comportamentais, emotivos e emocionais dos parceiros (mãe e bebê). As trocas mãe-bebê são guiadas por regras relativamente constantes que se instauram entre as partes e que podem favorecer ou dificultar o desenvolvimento da criança. Desse modo, as trocas realizadas no cerne da relação diádica têm o escopo de proteger a criança dos fatores de risco ou de transmitir a mesma, os afetos e as emoções emotivas.

As pesquisas indicam que o comportamento alimentar da criança depende de seus recursos psíquicos, mas que também se encontra estreitamente relacionado ao modo como o cuidador conduz as possibilidades de desenvolvimento da criança em direção ao trabalho da alimentação autônoma. Por outro lado, aquilo que o cuidador oferece à criança depende das suas experiências precedentes, da sua relação com a alimentação, da sua relação com a criança e também das suas possibilidades de oferecer mais autonomia ou de impor um maior controle aos comportamentos da criança. O equilíbrio entre uma postura de sustentação oferecida pelo cuidador e as orientações oferecidas à criança em direção à autonomia, sobretudo através de experiências regulares e previsíveis, permite à criança a construção da noção

de Eu (*sense of self*) (Ammaniti et al., 2004). Ou seja, enquanto o cuidador sustenta as faltas da criança, deve também oferecer-lhe a possibilidade de viver experiências de autonomia que se repetem, tanto quanto possível, no mesmo modo e em períodos regulares no tempo. Desse modo, a criança consegue gradualmente apropriar-se dos próprios sinais e dos sinais de seu cuidador adquirindo gradualmente as capacidades auto-reguladoras (*self-regulatory*), a autonomia e a confiança em si mesmo (Ammaniti et al., 2004).

Alguns estudos reforçam a idéia de que o equilíbrio na díade mãe-bebê está relacionado tanto às características maternas como às características da criança e afirmam que os filhos de mães que apresentam ansiedade, depressão, conduta alimentar inadequada ou algum tipo de transtorno alimentar, frequentemente revelam transtornos de regulação da alimentação. Por outro lado, as crianças com transtorno alimentar que demonstram ansiedade de separação e comportamentos não colaborativos no decorrer das refeições tornam mais difíceis a interpretação de seus sinais por parte do cuidador (Benoit, 2000; Chatoor, 2003; Hagekull et al., 1997; Chatoor, 1989; Lindberg et al., 1996).

Na faixa etária até três anos de idade, existem dois momentos de notável importância no âmbito da alimentação, tendo em vista que demarcam de modo muito preciso o desenvolvimento da criança em torno da alimentação. Esses dois momentos são períodos críticos, especialmente com relação ao aparecimento dos problemas da alimentação, pois são momentos de passagem a fases mais complexas. O primeiro momento, entre sete e nove meses de idade, coincide com a fase em que a criança passa de uma

alimentação exclusivamente a base de leite, a uma alimentação mais rica e variada, e acontece contemporaneamente ao surgimento da angústia do oitavo mês (Spitz, 1965). O segundo momento, entre os dois e os três anos de idade, é a passagem à alimentação autônoma e coincide com um período de refinamento e reorganização das capacidades biológicas, cognitivas e afetivas da criança que, sendo mais complexas, exigem uma maior capacidade de negociação na díade mãe-bebê (Lucarelli, 2001). Na grande maioria dos casos, a criança e seu cuidador conseguem superar as exigências que lhes são postas, mas nos casos em que da parte da criança, do cuidador ou de ambos existem dificuldades (comportamentais ou psíquicas), estas podem atuar como fatores de complicação que terminam por desencadear diversos tipos de transtornos na alimentação.

A complexidade dos fatores envolvidos nos transtornos alimentares infantis tem suscitado muitos questionamentos entre os pesquisadores da área. Nos últimos anos, diversas pesquisas têm se preocupado com a classificação destes transtornos por considerarem sua importância no processo diagnóstico e, conseqüentemente, na escolha do tratamento mais adequado. A classificação dos transtornos alimentares na infância será discutida no próximo capítulo.

CAPÍTULO 1 – CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA

A recusa alimentar na infância é frequente e comumente tem início entre os seis meses e os três anos de idade ou, mais frequentemente, durante a passagem da criança à alimentação autônoma, entre os nove e os dezoito meses. Porém, quando a recusa alimentar é muito acentuada e desencadeia problemas no desenvolvimento da criança, provavelmente trata-se de um transtorno alimentar (Chatoor e Ganiban, 2003).

Segundo Ammaniti (2001), a importância da classificação no processo científico se encontra no fato de que o seu uso “permite agrupar e organizar os fenômenos permitindo generalizações em relação às observações, como se verifica no procedimento indutivo” (p. 19). Além do aspecto referente à pesquisa, existe também um aspecto clínico na discussão da classificação dos transtornos alimentares. Segundo Lucarelli (2001), as linhas de base dos sistemas de classificação diagnóstica são importantes por determinar quando uma dificuldade alimentar, própria às fases evolutivas, se transforma em um transtorno alimentar.

Todavia, os diversos aspectos envolvidos na psicopatologia infantil impõem algumas particularidades aos sistemas de classificação dos transtornos psíquicos na infância. Em primeiro lugar, quando se fala de psicopatologia infantil, é importante considerar que na infância as estruturas psíquicas estão em constante mudança. Além disso, no período da infância, a

criança tem pelo menos um adulto como figura de referência em seus cuidados, que possui um relevante papel em sua constituição psíquica. Deste modo, são diversas as áreas que se devem tomar em consideração quando se pretende realizar um diagnóstico infantil. Segundo Ammaniti (2001), “é necessário considerar os sintomas e os comportamentos manifestos, o percurso do desenvolvimento, o funcionamento do sistema familiar, as características individuais dos genitores, as características da relação adulto-criança e os modelos de interação, as particularidades das características constitucionais e maturacionais da criança, os aspectos recorrentes na afetividade, na linguagem, na atividade cognitiva, motora e sensorial da criança” (p. 34).

Segundo Chatoor, Ganiban, Harrison e Hirsch (2001), a pesquisa sobre Transtorno Alimentar encontra muitas dificuldades em consequência da falta de sistemas de classificação de referência. Ao mesmo tempo, as propostas de classificação dos transtornos alimentares na infância têm dado incremento à discussão com respeito à uniformidade diagnóstica dos mesmos. Isso acontece porque na literatura especializada, os transtornos da alimentação na infância (*feeding disorder*) se referem a uma grande variedade de comportamentos alimentares, como por exemplo, a recusa alimentar, os comportamentos alimentares inadequados, a seletividade alimentar, o déficit de crescimento, a escassa ingestão de comida e/ou a dificuldade em deglutir comidas sólidas ou líquidas (Arvedson, 2008). Além disso, os transtornos da alimentação aparecem no relato dos genitores como falta de apetite, recusa da comida, e/ou

como *picky eating*². Deve-se ter presente ainda que, com relação aos diversos aspectos da alimentação, as características consideradas normais são muito particulares para cada criança, como por exemplo, os ciclos de fome e saciedade, as demandas dirigidas ao cuidador e a sensibilidade orofaríngea. Uma observação detalhada de todos esses aspectos é decisiva para o êxito da avaliação e, conseqüentemente, para o tratamento dos transtornos da alimentação.

Outro aspecto presente na classificação dos transtornos alimentares na infância refere-se à estreita relação existente na literatura entre o transtorno alimentar e o déficit de crescimento (*failure to thrive*). Lucarelli (2001) elenca três sintomas, com duração mínima de um mês, que caracterizam o déficit de crescimento (*failure to thrive*): “1. peso corpóreo abaixo do quinto percentil, com relação aos valores normativos para a idade da criança; 2. desaceleração na aquisição do peso corpóreo do nascimento ao momento atual que se coloca pelo menos dois percentis abaixo dos valores normativos de crescimento; 3. relação peso/altura para idade, abaixo de 90%” (p. 201). Em decorrência das conseqüências diretas no crescimento da criança, muitos clínicos e pesquisadores têm colocado os transtornos alimentares precoces e a recusa do alimento em relação com o déficit de crescimento que não há uma condição médica ou orgânica que o explique (Lucarelli, 2001; Benoit, 2000; Ramsay, 1995; Drotar et al., 1990; Chatoor e Egan, 1983).

² Este termo se refere ao comportamento alimentar onde a criança é muito meticulosa com respeito à alimentação. Em geral, apresentam preferências alimentares muito refinadas e pouca motivação em relação à alimentação. Pode ser compreendida como uma forma subclínica da anorexia.

Segundo a American Psychiatric Association (1994) cerca de 50% a 58% dos casos de déficit de crescimento são diagnosticados como déficit do crescimento não orgânico (*non organic failure to thrive*). Nos casos onde se apresenta uma causa orgânica, o déficit de crescimento também está estreitamente relacionado à nutrição inadequada. Embora exista uma estreita relação entre o déficit de crescimento e os transtornos da alimentação, é importante considerar que os mesmos não recebem a mesma classificação diagnóstica.

Alguns estudos têm se dedicado ao estudo da crianças com déficit de crescimento. Coolbear e Benoit (1999) indicam que na interação alimentar das crianças com déficit de crescimento, existe menos reciprocidade na díade mãe-bebê ou mãe-criança, quando comparada à interação alimentar das crianças sem déficit de crescimento. Segundo Chatoor, Sules, Ganiban et al. (2004) a literatura pediátrica conduz à compreensão que o déficit de crescimento, isoladamente, é suficiente para causar atrasos no desenvolvimento da criança. Porém, o déficit de crescimento está frequentemente associado a diversos fatores de risco psicossocial, como o status socioeconômico, o nível de instrução da mãe e as privações maternas, que também estão em estreita ligação com os diversos tipos de transtornos alimentares. Desse modo, é necessário estabelecer critérios precisos onde os sintomas sejam claramente elencados.

Anna Freud (1946) propôs a primeira classificação sobre a psicopatologia dos transtornos alimentares na infância. Na classificação de Anna Freud, os transtornos alimentares foram divididos em: “1. transtornos

alimentares da alimentação, que podem vir a ser a base para os transtornos não orgânicos; 2. transtornos do processo pulsional ligados à discrepância entre o programa alimentar imposto e os desejos da criança; 3. transtornos neuróticos da alimentação ligados a emoções conflituais no confronto com a figura materna, transferidos à comida que a simboliza” (Lucarelli, 2001, p. 206). Da classificação proposta por Anna Freud (1946) até os dias atuais, foram realizadas muitas modificações e atualmente as várias tipologias de transtornos alimentares infantis estão presentes nas principais classificações diagnósticas disponíveis.

A Multiaxial Classification of Child and Adolescent Disorders (World Health Organization, 1996) é uma classificação dos transtornos mentais e comportamentais da criança e do adolescente derivada do ICD-10 (World Health Organization, 1992) e que inclui os Transtornos Alimentares em Bebês e na Infância (*Feeding Disorders of Infancy and Childhood*) e o comportamento de comer substâncias não comestíveis (*Pica of Infancy and Childhood*) na categoria dos Transtornos Comportamentais e Emocionais com Início na Infância e Adolescência (*Behavioural and Emotional Disorders with Onset Usually Occurring in Childhood and Adolescence*). No entanto, esta é uma classificação genérica que tem como ponto de confluência apenas o início do transtorno no período da infância ou da adolescência, mas não apresenta uma distinção entre os diversos tipos de transtornos alimentares na infância.

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (APA, 1994, 2000) foi criado para oferecer um sistema de classificação padronizado dos transtornos mentais aos profissionais da área da saúde mental, com o

escopo de ser aplicável em diversas situações por clínicos e pesquisadores das diversas orientações teóricas. A sua primeira publicação remonta a 1952. Todavia, a intenção de criar um sistema teoricamente “neutro” gerou um conjunto de problemas no DSM e foram várias as críticas que lhe foram feitas (Skinner, 1981; Millon, 1991; Ammaniti, 2001). Além dessa característica, a classificação baseada em critérios de inclusão ou de exclusão em categorias específicas, a partir da presença de sinais ou sintomas, coloca fora do contexto os sistemas de significantes e os processos adaptativos do paciente. Desse modo, a psicopatologia não é considerada como um processo e as classificações não são pontos de partida, mas um ponto final para a compreensão dos transtornos. Mas, apesar dos seus limites, o DSM é ainda o sistema de referência mais usado no mundo.

Os critérios diagnósticos dos transtornos da alimentação na infância foram estabelecidos pela primeira vez no DSM IV (APA, 1994) que incluiu os Transtornos da Alimentação em Bebês e na Primeira Infância (*Feeding disorder of infancy or early childhood*). A versão mais atualizada do manual é o DSM-IV-TR (APA, 2000), uma edição revisada do DSM IV (APA, 1994). A publicação do DSM V, prevista para o ano de 2012, prevê uma importante mudança nos critérios diagnósticos dos transtornos da alimentação na infância, a partir dos critérios anunciados por Chatoor e Ammaniti (2007) que propõem a inclusão de uma classificação mais específica dos diversos tipos dos transtornos da alimentação na infância.

Os tipos de transtornos da alimentação propostos pelo DSM-IV-TR (APA, 2000) são Pica, Ruminação, e os Transtornos da Alimentação em Bebês

e na Primeira Infância (*Feeding disorder of infancy or early childhood*). Os Transtornos da Alimentação em Bebês e na Primeira Infância é uma categoria diagnóstica que se aplica às crianças que frequentemente apresentam dificuldade de alimentar-se de modo adequado e também de obter peso. A Ruminação se caracteriza por repetidos episódios de regurgitação e de mastigação da comida, enquanto que a Pica consiste na persistência em comer substâncias não comestíveis, como por exemplo, cabelos, areia, folhas, etc.

O DSM-IV-TR (APA, 2000) estabelece os seguintes critérios diagnósticos para os Transtornos da Alimentação em Bebês e na Primeira Infância (*Feeding and Eating Disorders of Infancy or Early Childhood*):

- Persistente incapacidade da criança de alimentar-se adequadamente, acompanhada de uma significativa dificuldade de aumentar de peso ou de uma significativa perda de peso, pelo menos durante um mês;
- O transtorno não é associado a uma problema gastrointestinal ou a outras condições médicas;
- O transtorno não é devido a outros transtornos mentais (por exemplo, Transtorno da Ruminação) ou à falta de alimento;
- O transtorno deve ter início antes dos seis anos de idade.

Nesta classificação, o DSM-IV (APA, 1994, 2000) dicotomiza o diagnóstico com base na identificação de causas orgânicas e não orgânicas presentes na origem dos quadros clínicos. Segundo essa classificação, os transtornos orgânicos da alimentação incluem aqueles que têm relação com

problemas do sistema digestório, problemas neuromusculares ou transtornos fisiológicos, como por exemplo, o refluxo gastroesofágico, que possam comprometer o processo da alimentação na criança. Ao contrário, os transtornos alimentares que se classificam como não orgânico são aqueles que apresentam, em sua origem, elementos do tipo ambiental ou psíquico. Nesse tipo de classificação, ficam excluídos os transtornos que são causados por uma combinação de fatores orgânicos e não orgânicos.

Deste modo, as pesquisas recentes têm reforçado a idéia que a grande variedade dos modos de manifestação dos transtornos alimentares exige uma avaliação precisa e uma equipe interdisciplinar como um passo imprescindível para o seu diagnóstico e para a definição do tratamento mais eficaz. O diagnóstico de um transtorno alimentar dentro de uma compreensão multidimensional permite considerar todos os aspectos envolvidos na dificuldade alimentar evidenciada na criança e inclui a avaliação das características médicas, comportamentais e do desenvolvimento da criança, a avaliação das características comportamentais e emocionais dos genitores, a interação criança-cuidador e o contexto social e nutricional da alimentação (Arvedson, 2008).

Secondo Kuhn et al. (2007), além do médico (gastroenterologista, pediatra, alergista, otorrinolaringologista), o grupo de especialistas deve incluir os enfermeiros e outros especialistas, como o nutricionista, o terapeuta ocupacional, o fonoaudiólogo e o psicólogo. Cada especialista deve dedicar-se ao diagnóstico e à terapia concernente a sua área de atuação e na

aproximação ao paciente deve ocupar-se de todas as fases do desenvolvimento, incluindo a fase pré-natal, o nascimento e a história neonatal.

Com relação à origem dos transtornos da alimentação, Kuhn et al. (2007) afirmam que na discussão da etiologia dos transtornos da alimentação se deve considerar que os fatores que os produzem e os mantêm podem mudar no transcorrer do tempo. Ou seja, o comportamento pode emergir como resposta a uma condição médica (por exemplo, o refluxo gastroesofágico), mas pode persistir como causa de uma das consequências por ele produzida (por exemplo, a atenção dos genitores). Desse modo, segundo esses autores, o transtorno alimentar surge como resultado de um problema orgânico e poderá persistir devido ao contexto e às consequências que produziu e impediu a criança de adquirir os comportamentos alimentares esperados a sua idade.

Outros autores, (Ramsay, 1995; Benoit, 2000; Chatoor, Ganiban, Hirsh et al. 2000) também propõem que, frequentemente, as características dos quadros clínicos impõem uma conceitualização dos transtornos alimentares infantis segundo um modelo multidimensional. Segundo Ammaniti et al. (2004a, 2004b), para realizar-se uma avaliação precisa, é necessário usar um modelo etiológico multifatorial e transacional no diagnóstico e no tratamento dos transtornos alimentares precoces de modo a identificar a variedade de causas presentes na interação alimentar mãe-bebê.

Fernandez-Aranda et al. (2007) sustentam que os estudos que analisam os fatores de risco nos transtornos alimentares a partir de um modelo teórico específico são insuficientes para a compreensão dos complexos problemas da alimentação, pois, em geral, esses problemas resultam da interação de causa

diversas, como por exemplo, predisposição genética e causas ambientais. Kuhn et al., (2007) consideram que, frequentemente, a avaliação dos transtornos da alimentação é limitada, pois as suas causas sócio-ambientais não são investigadas até que seja eliminada a existência das causas orgânicas.

Nesta direção, as atuais classificações diagnósticas tentam integrar os critérios oferecidos pelo DSM IV-TR (APA, 2000) com os novos critérios que levam em consideração a especificidade da relação mãe-filho e o importante papel desenvolvido pelos modelos interacionais na estabilização dos transtornos alimentares que persistem depois da eliminação dos possíveis agentes patogênicos de natureza anatômica e/ ou funcional (Lucarelli, 2001).

Chatoor e Ammaniti (2007) afirmam que a classificação do DSM-IV-TR (APA, 2000) foi um importante passo em direção a definição dos transtornos alimentares, mas que essa classificação não elucida os aspectos importantes no diagnóstico. Primeiro, porque é uma classificação muito reduzida que não inclui todos os tipos de transtornos alimentares que exigem diferentes linhas de intervenção e, assim, mantém imprecisa a definição dos transtornos alimentares. Em segundo lugar, o DSM-IV-TR (APA, 2000) não estabelece de modo exato a correlação entre transtornos alimentares e déficit do crescimento e não inclui características importantes para um diagnóstico diferencial entre os diversos tipos de transtornos e entre os transtornos alimentares graves e transitórios ou subclínicos.

A Classificação Diagnóstica da Saúde Mental e dos Transtornos do Desenvolvimento em Bebês e na Primeira Infância 0-3 (*Diagnostic*

Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood 0-3 - DC: 0-3) e a sua última versão (DC:0-3R) publicadas pelo *National Center for Infant Clinical Programs* (Zero to Three, 1994; 2005) é um guia complementar do DSM (APA, 1994; 2000). Deve-se salientar que o DC:0-3R não pretende substituir o DSM e foi criado com o propósito de contemplar a existência de numerosas síndromes da infância e as particularidades dos transtornos precoces. Segundo o grupo de trabalho coordenado por Robert Emde para a revisão do DC:0-3 (Zero to Three, 2005), a nova versão objetiva oferecer uma atualização dos critérios de classificação, introduzir novos conhecimentos derivados da experiência clínica e tentar elucidar áreas de persistente ambiguidade.

O DC:0-3R (Tabela 2) incorporou os subtipos de Transtornos do Comportamento Alimentar presentes na RDC-PA (*Task Force on Research Diagnostic Criteria – Preschoole Age*). A RDC-PA foi uma força tarefa (*Task Force*) criada pela *Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência* (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry – AACAP*, 2003) criada com o objetivo de propor, a partir do DSM-IV-TR (APA, 2000), critérios claramente definidos dos distúrbios psiquiátricos para a pesquisa sobre crianças em idade pré-escolar. A diferença entre a RDC-PA e a DC:0-3R se encontra no fato de que esta última valoriza o aspecto clínico e a utilidade dos critérios diagnósticos, e além disso acrescenta a avaliação da relação adulto-criança e o funcionamento sócio-emotivo da criança, para obter critérios mais apropriados às crianças menores.

A RDC-PA (AACAP, 2003) (Tabela 3) manteve os transtornos de Pica e de Ruminação anteriormente descritos no DSM-IV-TR (APA, 2000) e propôs a ampliação dos Transtornos da Alimentação em Bebês e na Primeira Infância, a partir da incorporação dos critérios propostos por Chatoor (2002, 2003).

A Classificação Chatoor dos Transtornos da Alimentação em Bebês e na Primeira Infância (*Chatoor Classification of Feeding Disorders of Infancy and Early Childhood*) (Chatoor 1996, 2002, 2003; Chatoor e Ammaniti, 2007) foi um importante avanço nos estudos dos transtornos alimentares infantis e tem uma importância especial no presente estudo, porque foi exatamente nessa classificação que o Transtorno Alimentar Pós-Traumático (tema deste estudo) foi incluído como uma das categorias dos transtornos alimentares. A Classificação de Chatoor (Tabela 4) é uma classificação capaz de diferenciar entre os vários tipos de transtornos alimentares infantis e oferecer os critérios de avaliação que estabelecem as diferenças entre os transtornos da alimentação infantil e as formas subclínicas das dificuldades alimentares.

TABELA 2 – CLASSIFICAÇÃO DC:0-3R

600. TRANSTORNO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR

601. Transtorno da Alimentação ligado à Regulação da Alimentação

602. Transtorno da Alimentação ligado à Reciprocidade Cuidador-Lactante

603. Anorexia Infantil

604. Aversão Sensorial à Comida

605. Transtorno da Alimentação Associado a Condições Médicas Coexistentes

606. Transtorno da Alimentação Associado a Agressões ao Trato Gastrointestinal

Fonte: Zero to Three, 2005.

**TABELA 3 - RESEARCH DIAGNOSTIC CRITERIA – PRESCHOOL AGE
(RDC-PA)**

FEEDING AND EATING DISORDERS OF INFANCY OR EARLY CHILDHOOD

Transtorno da Alimentação ligado à Regulação da Alimentação

Transtorno da Alimentação ligado à Reciprocidade Cuidador-Lactante

Anorexia Infantil

Aversão Sensorial à Comida

Transtorno da Alimentação Associado a Condições Médicas Coexistentes

Transtorno da Alimentação Pós-Traumático

Fonte: AACAP, 2003

TABELA 4 – CLASSIFICAÇÃO CHATOOR
FEEDING AND EATING DISORDERS OF INFANCY OR EARLY CHILDHOOD

Transtorno da Alimentação ligado à Regulação da Alimentação

Transtorno da Alimentação ligado à Falta de Reciprocidade Cuidador-Lactante

Anorexia Infantil

Aversão Sensorial à Comida

Transtorno da Alimentação Associado a Condições Médicas Coexistentes

Transtorno da Alimentação Pós-traumático

Fonte: Chatoor (1996, 2002, 2003); Chatoor e Ammaniti (2007).

A Classificação CD:0-3R (Zero-to-Three, 2005) e a Classificação Chatoor (Chatoor, 1996) fizeram um importante avanço ao especificarem cada tipo dos transtornos alimentares na infância, consentindo uma maior precisão no diagnóstico e, conseqüentemente, na escolha dos procedimentos terapêuticos adequados a cada tipo dos transtornos alimentares. Na presente pesquisa, o diagnóstico dos transtornos alimentares estudados foi estabelecido com base nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2000), da Classificação 0-3R (Zero-to-Three, 2005) e na classificação clínica proposta por Irene Chatoor (Chatoor, 1996, 2002, 2003; Chatoor e Ammaniti, 2007).

Segundo a CD:0-3R (Zero to Three, 2005) “o diagnóstico dos Transtornos do Comportamento Alimentar, cujos sintomas podem manifestar-se em momentos diversos da infância, devem ser considerado quando uma criança apresenta dificuldades em estabelecer modelos regulares de

alimentação – isto é, quando uma criança não é capaz de regular a própria alimentação segundo os próprios estados fisiológicos de fome ou saciedade. Se estas dificuldades se verificam em ausência de fome e/ou de fatores interpessoais precipitantes, tais como separação, negativismo ou trauma, o clínico deve considerar como diagnóstico primário o transtorno da alimentação” (pp. 47-48).

Embora o transtorno alimentar da infância seja uma entidade diagnóstica de base, frequentemente se apresenta em associação com outros tipos de transtornos do desenvolvimento ou como um sintoma de outras patologias. Desse modo, a observação das relações criança-cuidador no diagnóstico dos transtornos alimentares pode ser fundamental para reconhecer modelos interativos disfuncionais na organização dos sistemas de regulação emotivo-afetiva e do apego, tanto durante as fases mais precoces do desenvolvimento, como nas fases sucessivas, auxiliando no reconhecimento dos conflitos do desenvolvimento relacionados aos processos de separação-individuação e de autonomia da criança (Lucarelli, 2001).

Com relação ao Transtorno Alimentar Pós-traumático, as pesquisas que delimitam as suas características são ainda raras tornando seu diagnóstico impreciso e, conseqüentemente, comprometendo a definição de um tratamento eficaz. É exatamente por haver identificado este hiato no atual panorama científico sobre os transtornos alimentares, que este estudo se propõe a investigar e oferecer uma contribuição na compreensão e na particularização do Transtorno Alimentar Pós-traumático.

CAPÍTULO 2 – O TRANSTORNO ALIMENTAR PÓS-TRAUMÁTICO

Benoit e Coolbear (1998) afirmam que o Transtorno Alimentar Pós-Traumático foi identificado por DiScipio, Kaslon e Ruben (1978) e por Griffin (1979), mas foi nomeado como “*posttraumatic eating disorder*” por Chatoor et al (1988). O termo foi introduzido para definir um quadro clínico caracterizado por uma intensa ansiedade antecipatória da criança quando se encontra diante da comida, por uma recusa alimentar parcial ou total e por um forte estresse se a criança é levada a comer. Segundo Chatoor et al. (2001), o Transtorno Alimentar Pós-traumático é diagnosticado sobretudo quando a recusa alimentar é acompanhada por um evento traumático na orofaringe e no esôfago. Desse modo, com base na constatação da presença de um evento traumático relacionado à alimentação, Chatoor et al. (1988) nomearam a recusa alimentar sustentada por um grande pavor, como Transtorno Alimentar Pós-traumático. Alguns autores (Benoit e Coolbear, 1998) citam outros sintomas, como a ingestão de comida apenas quando a criança se encontra sonolenta e a ausência de uma adequada regulação dos estados de sede, de fome e saciedade.

Além dos sintomas como a ansiedade, o pavor antecipatório e a intensa resistência em aceitar a comida, a clínica dos Transtornos Alimentares revela que outros sintomas frequentemente estão presentes nas crianças com Transtorno Alimentar Pós-traumático: pesadelos noturnos e terror noturno

associado à insônia; sonhos relacionados ao pavor de sufocamento; aumento da dependência emotiva da criança e da ansiedade de separação, em particular da mãe; irritabilidade, isolamento social e redução das atividades lúdicas; interrupção da frequência à escola, frequentemente associado a um quadro de uma fobia escolar.

Chatoor et al. (1988; 2001), Chatoor e Ganiban (2003), Chatoor e Ammaniti (2007) desenvolveram diversas pesquisas com o objetivo de definir critérios que permitam a construção de um diagnóstico mais preciso do Transtorno Alimentar Pós-traumático. Segundo esses autores, a falta de critérios diagnósticos uniformes dificultou a compreensão do modo como as experiências traumáticas produzem um efeito na alimentação e são ainda insuficientes os estudos que estabelecem de modo sistemático as relações entre os eventos traumáticos e a presença e o modo como esse tipo de transtorno se manifesta na criança. Embora não existam estudos a partir dos quais seja possível evidenciar dados precisos sobre a prevalência desse transtorno na história das pesquisas sobre os transtornos alimentares, parece que a frequência de tais problemas esteja em aumento em associação ao crescente número de crianças que sobrevivem a complexos problemas médicos na atualidade.

Na literatura científica, vários estudos evidenciam a existência de uma relação entre alguns casos de transtornos alimentares e a existência de experiências traumáticas e/ou desprazerosas com a comida, ou com experiências relacionadas a intervenções médicas na área do esôfago, da faringe, do nariz e/ou da boca. Embora muitos desses estudos não utilizem o

termo Transtorno Alimentar Pós-traumático, as características transcritas possibilitam construir a hipótese que, provavelmente, se trate de transtornos desse tipo. Como por exemplo, um estudo publicado há mais de trinta anos por Bernal (1972), e citado por Chatoor et al. (2001), onde o autor relata o caso de uma menina de quatro anos de idade que apresenta forte recusa alimentar em consequência de uma experiência desprazerosa relacionada à alimentação.

DiScipio et al. (1978) fizeram uma descrição dos transtornos alimentares na infância tendo como base o estudo dos casos de crianças que foram submetidas a uma intervenção no âmbito do esôfago. Esses autores encontraram uma associação entre a disfagia (dificuldade em deglutir) e a presença de um trauma que tenha, precocemente, envolvido o esôfago, depois do que propuseram a terminologia disfagia condicionada (*conditioned dysphagia*) para nomear a disfagia de base não orgânica com início depois de eventos físicos traumáticos associados às funções autônomas e que se caracteriza pela presença de respostas comportamentais de recusa do alimento.

Culbert, Kajander, Kohen e Reaney (1996) usaram o termo aversão alimentar (*food aversions*) e medo condicionado para comer (*conditioned fear of eating*) (*phagophobia*) para descrever as crianças com fobia alimentar, revelando uma particular relação entre o refluxo gastroesofágico e o transtorno alimentar com a presença de recusa do alimento.

Handen, Mandell e Russo (1986) publicaram a descrição do tratamento de sete crianças que apresentavam aversão alimentar (*food aversions*) depois de uma prolongada hospitalização. Shore, Babbitt, Williams et al. (1998) e

Timini, Douglas, Tsiftsopoulou (1997) usaram o termo seletividade alimentar (*food selectivity*) e comedores seletivos (*selective eaters*), respectivamente, para descrever o comportamento alimentar das crianças com recusa alimentar de um tipo específico de comida em consequência a episódios de frequente sufocamento. No estudo de Timini et al. (1997), os autores afirmam que as crianças, cujas mães responderam com um elevado nível de ansiedade a um episódio normal de sufocamento, têm uma maior probabilidade de apresentar problemas com a comida, pois a criança associa o pavor e a ansiedade materna com a comida e a alimentação.

Ruley, Bock, Kerzner et al. (1989) estudaram casos de crianças com insuficiência renal crônica que apresentavam um quadro comportamental caracterizado por interesse mediano pela comida e recusa da alimentação associados ao vômito excessivo, e concluíram que o refluxo gastroesofágico deve ser considerado como um dos fatores que contribui para o problema alimentar revelado por crianças portadoras de insuficiência renal crônica.

Singer, Ambuel, Wade e Jaffe (1992) definiram como “*health-impairing food phobias*” o transtorno alimentar de três crianças, entre seis e oito anos, que foram hospitalizadas por causa de um déficit no crescimento (*failure to thrive*) e desnutrição em consequência de graves restrições na ingestão da comida e da recusa dos alimentos sólidos. Uma dessas crianças tinha uma precedente experiência de sufocamento com a comida e os outros dois tiveram experiências de vômito intenso anterior ao aparecimento do transtorno. Esse estudo faz também uma referência aos fatores familiares colocando em realce

o comportamento dos genitores que reforçam o comportamento de recusa alimentar das crianças.

Dellert, Hyams, Treem, e Geertsma (1993) descreveram como resistência alimentar (*feeding resistance*) os casos de crianças com grave refluxo gastroesofágico que foram submetidas à alimentação por sonda. Dellert et al. (1993) estudaram o transcurso clínico de seiscentas crianças, até vinte e quatro meses, com refluxo gastroesofágico, por um período de oito anos, com o objetivo de determinar a prevalência e o desenvolvimento desse problema. Dentro da amostra estudada, os autores estudaram vinte e cinco crianças com uma forte resistência à alimentação por via oral que haviam sido submetidas à alimentação por sonda. Dessas vinte e cinco crianças, dezesseis manifestaram a recusa alimentar antes de receberem o diagnóstico de refluxo gastroesofágico e nove crianças desenvolveram resistência à alimentação durante o tratamento. O relatório clínico desse grupo de 25 crianças foi comparado ao relatório clínico de um grupo de crianças com refluxo gastroesofágico, mas sem resistência à comida. O subgrupo com refluxo gastroesofágico e resistência à comida revelou déficit no crescimento (*failure to thrive*) mais frequentemente que o subgrupo com refluxo gastroesofágico, mas sem resistência à comida. Os autores concluem que a resistência à alimentação (*feeding resistance*) é um grave problema associado ao refluxo gastroesofágico na infância.

Skuse (1993) chamou de comedores problemas (*problems eaters*) as crianças que apresentam vários tipos de problemas alimentares e faz referência às crianças que desenvolvem comportamento de recusa alimentar

(*food refusal*) em consequência de uma experiência desprazerosa, como por exemplo, os episódios de vômito frequente depois de uma refeição nas crianças com refluxo gastroesofágico. Segundo Skuse (1993), essas crianças têm um alto risco de apresentarem comportamentos inadequados em relação à alimentação, em qualquer momento do desenvolvimento. Nesse artigo, Skuse (1993) sublinha o caso dos recém-nascidos que fizeram uso de sonda nasogástrica e que, em consequências, tiveram uma grande redução das estimulações da cavidade oral que se tornou hipersensível e muito irritável havendo, em consequência, uma baixa habilidade dessas crianças em sugar e também em deglutir.

Segundo Kuhn et al. (2007), nos problemas da alimentação existe, frequentemente, uma associação negativa entre uma situação e os comportamentos no momento da alimentação. Desse modo, a apresentação da comida pode funcionar como um estímulo aversivo que provoca comportamentos de esquiva ou evitação. Segundo esses autores, a aversão à comida é frequentemente consequência de uma experiência com a comida que foi associada ao pavor ou ao incômodo provocado por um problema médico (por exemplo, o refluxo gastroesofágico) e que persistiram mesmo depois do tratamento da doença.

Em uma recente publicação, Celik, Diler, Tahiroglu e Avci. (2007) reportaram as relações do caso de duas meninas gêmeas de vinte e quatro meses de idade, que apresentavam recusa alimentar e terror diante da comida. Diversos procedimentos gastrointestinais invasivos foram realizados quando elas tinham três meses de idade e, desde então, começaram a recusar todos

os alimentos sólidos e alguns líquidos imediatamente depois da hospitalização. Esse estudo dedica-se à terapêutica medicamentosa administrada às meninas, mas é um claro exemplo dos inumeráveis casos que ilustram a forte correlação entre procedimentos médicos invasivos e a presença do Transtorno Alimentar Pós-traumático.

No estudo desenvolvido por Benoit e Coolbear (1998) sobre o Transtorno Alimentar Pós-Traumático, existem dois fatores aos quais se deve fazer referência para particularizar este tipo de transtorno. O primeiro é a fobia em relação à comida adquirida como resultado de uma experiência desprazerosa após a qual a criança passa a fazer uma associação entre a estimulação ao redor da boca e o desprazer vivido, o desconforto e o pavor, como por exemplo, no caso de asfixia, náuseas, episódios repetidos de vômito, doenças, experiências com procedimentos invasivos ou problemas ao redor do nariz, da boca e do esôfago (como os procedimentos de sucção, a intubação, o uso repetitivo de tubo endotraqueal). Como resultado dessas experiências, a criança recusa comer para evitar o pavor e o estresse (Benoit, Green e Arts-Rodas, 1997; Arts-Rodas e Benoit, 1998; Chatoor et al., 1988; Benoit e Coolbear, 1998). Segundo Benoit e Coolbear (1998), o outro fator que pode desencadear um Transtorno Alimentar Pós-traumático é a hiperalgesia visceral, onde experiências precedentes, como por exemplo, as esofagites, mudam a sensibilidade nervosa no esôfago e, em consequência, as experiências anteriores inócuas, como deglutir alimentos, são lembradas como algo desprazeroso e a criança recusa a comida como modo de evitar o desprazer.

Chatoor et al. (2001) realizaram um estudo com o objetivo de analisarem o Transtorno Alimentar Pós-traumático e afirmam que, comumente, esse tipo de transtorno está associado a episódios reais desprazerosos ou aterrorizantes ligados à esfera alimentar ou a procedimentos médicos que tenham envolvido a orofaringe e o esôfago. Esses autores afirmam ainda que, frequentemente, essas experiências envolveram um elevado estresse, onde se concentrou muita ansiedade, seja da parte da mãe, ou da parte da criança. Chatoor et al. (2001) enfatizam ainda que os problemas se apresentam sobretudo durante a refeição, enquanto os outros âmbitos das relações entre a mãe e a criança são, em sua maioria, funcionais.

Na clínica, se observa que os episódios traumáticos ligados à esfera alimentar podem também ser consequência de incidentes que ocorrem no ambiente doméstico, como a ingestão de substâncias ácidas pela criança. Frequentemente, esses incidentes podem provocar sufocamento e/ou intensa dor gástrica e, assim, se instaura uma situação de extrema urgência e pânico.

A Tabela 5 descreve os critérios diagnósticos do Transtorno Alimentar Pós-Traumático propostos por Chatoor (2003; Chatoor et al., 1988, 2001), a partir de diversas pesquisas e da observação clínica de crianças que foram submetidas a experiências traumáticas no esôfago ou na orofaringe e que posteriormente desenvolveram uma recusa alimentar e forte estresse nos momentos de preparação das refeições.

**TABELA 5 – CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO TRANSTORNO
ALIMENTAR PÓS-TRAUMÁTICO (CHATOOR)**

-
1. A criança demonstra recusa alimentar depois de um evento traumático ou de repetidos eventos traumáticos na orofaringe ou no esôfago (ex.: sufocação, forte náusea, vômito, refluxo, inserção de sonda nasogástrica, alimentação forçada).
 2. O episódio desencadeia um intenso estresse na criança.
 3. A criança demonstra forte ansiedade antecipatória (ex.: quando posicionado para comer, diante da mamadeira ou de outros utensílios de cozinha e/ou quando é aproximado da comida).
 4. A criança faz resistência para alimentar-se e torna-se ainda mais estressada se é coagida a comer.
-

Fonte: Chatoor et al., 2001

Estudos epidemiológicos estimam que 4% das crianças com refluxo gastroesofágico sem história de procedimentos cirúrgicos e 40% das crianças com refluxo gastroesofágico e que foram submetidas a procedimentos cirúrgicos podem apresentar um quadro de Transtorno Alimentar Pós-Traumático. No entanto, ainda não se conhece o percentual de casos desse transtorno em relação a específicos procedimentos médicos invasivos na esfera alimentar (Benoit e Coolbear, 1998; Benoit et al., 1997; Chatoor et al., 1988; DiScipio et al., 1978). Os estudos retrospectivos com crianças com história de experiências traumáticas infantis na esfera oro-alimentar têm evidenciado a presença de fobias alimentares persistentes e alimentação

seletiva, pavor de morrer por sufocamento, pavor de morrer sufocado durante o sono, pesadelos, terror noturno e isolamento social (Chatoor et al., 1988).

Por outro lado, os estudos com base em instrumentos de observação do comportamento alimentar da criança e da qualidade das interações alimentares mãe-bebê colocaram em evidência que as características individuais e de autorregulação da criança com Transtorno Alimentar Pós-Traumático podem influenciar a sintomatologia e a resistência ao tratamento (Benoit & Coolbear, 1998). Comparando as crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático com crianças com Anorexia Infantil, Chatoor et al. (2001) concluíram que as crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático apresentam maior ansiedade antecipatória e resistência à ingestão de comida do que as crianças com Anorexia Infantil. Porém, as crianças com Anorexia Infantil que foram forçadas pelos genitores a alimentar-se também apresentam pavor antecipatório no momento das refeições.

Chatoor et al. (2001) sublinham as características da recusa alimentar nos transtornos da alimentação infantil e observam que, embora esse sintoma possa manifestar-se em diversos tipos de transtornos, cada transtorno o revela em modo próprio. A recusa alimentar no Transtorno Alimentar Pós-Traumático, por exemplo, tem características específicas e não surge igualmente em todas as crianças, pois depende tanto das experiências vividas em torno da esfera da orofaringe e do trato gastrointestinal presentes na origem do transtorno, como das associações que a criança faz entre o evento e a alimentação. A recordação do evento traumático é sempre a causa do estresse na criança, que revela forte ansiedade antecipatória quando posicionado para comer, resiste

em aceitar a comida que lhe é oferecida ou se recusa a deglutir a comida que lhe é colocada na boca. Muitas vezes, observa-se que, em algumas crianças, a recusa alimentar se circunscreve a alguns tipos de comida. Enquanto algumas crianças recusam beber na mamadeira, mas aceitam a comida oferecida com a colher, outras crianças recusam as comidas sólidas, mas se alimentam de líquidos.

Em síntese, Chatoor et al. (2001) afirmam que no Transtorno Alimentar Pós-Traumático é possível observar comportamentos muito específicos por parte da criança, como por exemplo:

- Elevado estresse e pavor quando a criança é posicionada para ser alimentada: a criança chora, arqueia as costas, recusa abrir a boca, protege de modo defensivo a boca com a mão ou com os braços, abaixa o queixo no peito, etc.;
- Estresse e resistência quando é alimentada (por exemplo, deixa cair a comida da boca, retém a comida na boca, vomita, engasga); e
- Grande medo de comer que parece ultrapassar a sensação de fome da criança.

Nos casos de Transtorno Alimentar Pós-Traumático mais difíceis, a recusa da comida pode dirigir-se a qualquer tipo de alimentação por via oral. Nesses casos, a criança deve ser submetida à alimentação por sonda como único modo para assegurar a sua sobrevivência. Por parte dos genitores, é frequente a presença de comportamentos que revelam ansiedade diante da

recusa da criança, como por exemplo, o uso de inúmeras tentativas para fazer a criança comer: oferta de brinquedos, distração ou tentativas de alimentá-la de modo forçado (Chatoor et al., 2001).

O Transtorno Alimentar Pós-Traumático pode comprometer o adequado desenvolvimento da capacidade de alimentar-se e pode ter como resultado uma escassa ingestão de comida por parte da criança que pode comprometer a saúde, a nutrição e o crescimento. Desse modo, o tratamento deste transtorno deve ter um perfil multidisciplinar, que inclui o suplemento nutricional, o tratamento médico e o tratamento psicológico, com o objetivo de ajudar à criança superar o pavor de comer (Chatoor, 2003; Chatoor et al., 2001; Chatoor e Ammaniti, 2007).

2.1 – O TRANSTORNO ALIMENTAR PÓS-TRAUMÁTICO E A ANOREXIA INFANTIL

Chatoor et al. (2001) desenvolveram um estudo com o objetivo de delinear os critérios diagnósticos para o Transtorno Alimentar Pós-Traumático e propor critérios diferenciais entre este transtorno e a Anorexia Infantil com base na observação da interação alimentar entre a criança e seu cuidador no momento das refeições. A importância de estabelecer uma diferenciação entre o Transtorno Alimentar Pós-Traumático e a Anorexia Infantil parte da constatação de que a recusa alimentar é um entre os principais sintomas em

ambos os transtornos. No entanto, segundo Chatoor et al. (2001), a causa da recusa alimentar em cada transtorno é diferente e, conseqüentemente, exige intervenções terapêuticas diversos.

Gowers (2005) desenvolveu um estudo sobre a anorexia na infância e na adolescência onde afirma que um adequado tratamento deste transtorno exige atenção aos fatores físicos e psíquicos. Segundo esse autor, a compreensão das bases psicológicas é de notável ajuda para que se possam compreender os fatores que contribuíram para o aparecimento do transtorno e forma a base para a definição do tratamento. Gowers (2005) afirma ainda que a etiologia da anorexia é multifatorial e que este transtorno alimentar apresenta um conjunto de sintomas relacionados a fatores socioculturais, à vulnerabilidade da personalidade, às características familiares e à predisposição genética e biológica. Segundo esse autor, em geral, crianças e adolescentes com anorexia têm dificuldades na área da formação da identidade e na aquisição da independência. Com relação aos fatores biológicos, Gowers (2005) acredita que na anorexia pode estar presente uma vulnerabilidade biológica como uma predisposição genética e que uma distorção do impulso da fome pode mudar a sensação de fome estabelecida precedentemente. No que se refere às características das famílias das crianças com anorexia, Gowers (2005) afirma que, em geral, são famílias onde seus membros vivem juntos, embora existam problemas matrimoniais entre os genitores que, algumas vezes, aparecem como a causa precipitante da presença do transtorno.

Chatoor e Ganiban (2003) apresentam um quadro sintético, que se encontra reproduzido abaixo na Tabela 6, onde estão relacionados os vários estudos que fizeram referências à recusa alimentar. Este quadro mostra a grande variedade dos transtornos que se manifestam com este tipo de sintoma e reforça a necessária especificação de como este comportamento aparece em cada tipo de transtorno alimentar na infância. Nesse estudo, Chatoor e Ganiban (2003) propõem que a recusa alimentar pode ser manifestada em três modos qualitativamente diferentes: a recusa imprevisível da comida, a recusa seletiva da comida e o terror diante da comida. Segundo esses autores, cada forma de recusa alimentar se encontra em relação a um tipo de transtorno da alimentação qualitativamente diferente. Enquanto a recusa imprevisível do alimento está associada com a Anorexia, a recusa seletiva do alimento relaciona-se à Aversão Sensitiva do Alimento, e o terror diante da comida se encontra dentro de um Transtorno Alimentar Pós-Traumático.

TABELA 6 – Recusa Alimentar/ Terminologia Usada

(Traduzida/Adaptada de Chatoor e Ganiban, 2003)

<p>Recusa Alimentar Imprevisível: incoerente e baixa ingestão de comida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia Infantil (Chatoor et al., 1988, 1998c) • <i>Food Refusal</i> (Dahl et al., 1994; Lindberg et al., 1994)
<p>Recusa Alimentar Seletiva: recusa em comer tipos específicos de comidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sensory Food Aversions</i> (Chatoor et al., 2000) • <i>Taste Aversion</i> (Kahat & Rozin, 1973; Garb & Stunkard, 1974; Logue et al., 1981) • <i>Food Neophobia</i> (Pliner & Lowen, 1997; Hursti & Sjoden, 1997; Birch, 1999) • <i>Choosy Eaters</i> (Rydell et al., 1995) • <i>Selective eaters</i> (Kern & Marder, 1996; Timimi et al., 1997; Shore et al., 1998)
<p>Recusa Alimentar com base no pavor: recusa beber leite ou comidas sólidas ou mesmo todos os tipos de comida em todas as refeições</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Posttraumatic Feeding Disorder</i> (Benoit et al., 1997; Chatoor et al., 1988, 2001) • <i>Traumatically Acquired Conditioned Dysphagia</i> (DiScipio et al., 1978) • <i>Food Aversion</i> (Siegel, 1982; Handen et al., 1986; Archer & Szatmari, 1990) • <i>Feeding Resistance</i> (Dellert et al., 1993) • <i>Choking Phobia</i> (McNally, 1994) • <i>Food Phobia</i> (Singer et al., 1992)

Fonte: Chatoor e Ganiban, 2003

Segundo Chatoor e Ganiban (2003), em geral, as crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático demonstram mais resistência às situações alimentares que as crianças com a Anorexia Infantil. No Transtorno Alimentar Pós-Traumático, frequentemente, o intenso pavor da situação alimentar é a causa principal da persistente resistência à alimentação e da forte ansiedade antecipatória. Os elevados resultados de resistência preoral que aparece na pesquisa com crianças com anorexia infantil estão relacionados ao comportamento dos genitores que tentaram fazer a criança alimentar-se contra a sua vontade (Chatoor et al, 1988).

Segundo Chatoor et al. (1988, 1989) o diagnóstico de Anorexia Infantil é aplicável quando a recusa alimentar é acompanhada por uma falta de apetite motivada por uma intensa componente emocional. Segundo esses autores, os critérios diagnósticos da Anorexia Infantil incluem os seguintes comportamentos da criança em relação ao contexto da alimentação:

- Recusa em aceitar uma quantidade adequada de comida pelo menos durante um mês.
- O aparecimento da recusa alimentar surge no período de transição para a alimentação autônoma (entre os seis e os três anos de idade).
- Não comunica fome, não demonstra interesse pela comida, mas mostra interesse em explorar o ambiente e/o na interação com o cuidador.
- Apresenta déficit de crescimento.
- A recusa alimentar não aparece depois de um evento traumático.
- A recusa alimentar não se deve a uma causa médica.

Chatoor (1989) e Chatoor et al. (1983, 2000, 2004) desenvolveram diversos estudos sobre a Anorexia Infantil e sugerem que existem características específicas pertencentes a essas crianças e a seus genitores (Tabela 7).

TABELA 7 – A Anorexia Infantil segundo Chatoor et al.

<p>Chatoor e Egan (1983)</p>	<p>A Anorexia Infantil se refere a um problema de separação.</p> <p>Crianças com Anorexia Infantil são curiosas, solicitam atenção e têm um desenvolvimento compatível com a idade.</p>
<p>Ganiban, Chatoor e Gelven (1999)</p>	<p>As crianças exibem intensos e longos episódios de estresse quando são separadas dos genitores por um breve período.</p>
<p>Chatoor, Ganiban et al. (2000)</p>	<p>As crianças com Anorexia Infantil são avaliadas por suas mães como emocionalmente intensas, negativas, dependentes e difíceis.</p> <p>As relações mãe-criança são marcadas pela presença de conflitos diádicos.</p> <p>A criança apresenta baixo percentil de peso.</p> <p>Os genitores estão muito envolvidos com os filhos, são ansiosos em relação à recusa alimentar e não são ofensivos.</p>
<p>Chatoor et al. (1997, 1998a, 2004)</p>	<p>A interação alimentar mãe-criança revela menos reciprocidade e mais conflito diádico.</p> <p>A Anorexia Infantil não se encontra em associação com privações ou negligência materna.</p>

Chatoor, et al. (2001, 1998a) evidenciaram que na Anorexia Infantil as relações mãe-bebê se caracterizam por dificuldades nas trocas entre a mãe e o bebê, por conflitos interacionais, pela presença de constantes embates que objetivam o controle do outro e por um excesso de vocalizações e distrações durante as refeições. Comparadas às crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático, a interação alimentar das crianças com Anorexia Infantil é mais negativa e menos sincrônica. Desse modo, Chatoor et al. (2001) consideram que a avaliação da reciprocidade mãe-bebê na interação alimentar é um importante fator no diagnóstico diferencial entre a Anorexia Infantil e o Transtorno Alimentar Pós-Traumático.

Diversos estudos sugerem que os comportamentos de oposição das crianças e a vulnerabilidade dos genitores contribuem no desenvolvimento dos transtornos alimentares. Na Anorexia Infantil, o conflito assume o centro da interação mãe-criança e os sinais de fome e saciedade da criança permanecem em segundo plano de modo que o objetivo do momento da alimentação seja completamente desviado do seu propósito alimentar.

A Tabela 8 faz um paralelo entre as principais características do Transtorno Alimentar Pós-Traumático (TAPT) e a Anorexia Infantil (AI).

TABELA 8 – TAPT / AI: Paralelo entre as Principais Características

TAPT	AI
Recusa Alimentar associada ao pavor de deglutir	Recusa Alimentar associada ao baixo apetite
Terror diante da comida Maior resistência antecipatória	Medo antecipatório associado à alimentação forçada
Grande resistência em engolir a comida	Recusa imprevisível do alimento
Intenso medo da situação alimentar	A interação alimentar é mais negativa e menos sincrônica
Intenso conflito com a mãe no momento das refeições	Pouca reciprocidade diádica
Presença de um trauma ligado à esfera da orofaringe	Ausência de um trauma ligado à esfera da orofaringe.

No Transtorno Alimentar Pós-Traumático, a recusa alimentar se manifesta, sobretudo, pela presença de um intenso medo, com relação à alimentação, existente na base do transtorno. O medo desencadeia-se quando a criança é estimulada a alimentar-se, mas também diante de qualquer situação ou objeto que evoque o evento traumático. Segundo Chatoor et al. (1988, 2001), a intensa resistência que a criança manifesta, associada ao medo desencadeado pela recordação do evento traumático relacionado à alimentação, ou a procedimentos médicos efetuados no âmbito do sistema digestório, é a principal característica que diferencia o comportamento alimentar da criança com Transtorno Alimentar Pós-Traumático do

comportamento alimentar de crianças que apresentam outros transtornos alimentares. Por outro lado, na Anorexia Infantil, embora esteja presente um comportamento de recusa alimentar, as dificuldades na interação diádica é a sua principal característica.

Diversas pesquisas demonstram que a observação e a avaliação da interação alimentar mãe-bebê são fatores decisivos na compreensão e no diagnóstico dos transtornos alimentares. Desse modo, as pesquisas que se dedicam à investigação dos transtornos alimentares não podem prescindir de problematizar e de utilizar instrumentos de observação que possibilitem uma eficaz compreensão e avaliação da interação alimentar mãe-bebê no contexto desses transtornos.

CAPÍTULO 3 – A INTERAÇÃO ALIMENTAR MÃE-BEBÊ

Várias pesquisas estabelecem associações entre a qualidade das relações de cuidado e atenção existentes entre a criança e seu cuidador e os fatores de proteção ou de risco psicopatológico. Ammaniti et al. (2004a) define como uma relação mãe-bebê de cuidado sensível aquela onde existe uma comunicação e uma compreensão adequada, reciprocidade emocional, vigilância, ambiente não opressivo, tolerância a quebras e rompimentos e a possibilidade de realizar reparações que tornem possível o desenvolvimento da confiança e da competência renovadas entre a mãe e a criança. Na relação mãe-bebê de cuidado insensível não existe um compartilhar das emoções e as trocas afetivas são caracterizadas pela ausência de reciprocidade e pela presença da incoerência (Ammaniti et al., 2004a).

Stern (1985) sustenta a idéia de que o estudo do desenvolvimento inicial da criança deve ser desenvolvido no contexto das interações da criança com as pessoas com quem ela estabelece vínculos de apego. Do mesmo modo, as pesquisas que se dedicam aos transtornos presentes nessa faixa do desenvolvimento infantil não podem deixar de fora a avaliação dos vários aspectos presentes entre a criança e seu cuidador.

No contexto da alimentação, várias pesquisas indicam que se existe um transtorno alimentar na criança, as interações mãe-filho são geralmente marcadas pela insensibilidade e pelo controle materno, pelas dificuldades

psíquicas da criança e por problemas no âmbito da comunicação, tanto durante a alimentação como nos momentos lúdicos (Cooper, Whelan, Woolgar et al., 2004; Lindberg et al., 1996; Hagekull et al., 1997).

O momento da alimentação coloca constante demandas a ambos os parceiros da díade mãe-bebê e exige uma interação comunicativa que torne possível a função materna de alimentar a criança e a função da criança de receber a comida. Ao mesmo tempo, a observação da interação no momento da alimentação pode verificar ainda a qualidade das relações de apego. O modelo de interação criança-cuidador e o modo como os genitores respondem às dificuldades que surgem no curso evolutivo da criança são fatores decisivos na evolução dessas dificuldades. Em muitos casos, os genitores conseguem oferecer à criança as condições necessárias à superação das dificuldades que surgem, mas existem casos em que a resposta dos genitores aos problemas alimentares da criança tem como resultado o agravamento do transtorno (Blissett, Meyer, Farrow et al. 2005; Blissett, Harris & Kirk, 2001; Hagekull e Bohlin, 1986; Hagekull et al., 1997). Desse modo, a interação mãe-bebê no momento da alimentação tornou-se tema de muitos estudos.

Alimentar um bebê ultrapassa a ação de saciar apenas a fome. Segundo diversos autores, sobretudo aqueles oriundos da psicanálise, a alimentação e a inevitável interação entre a criança e seu cuidador existente na ação de alimentá-lo, fornecem uma das vias mais importantes ao processo de constituição psíquica. Os estudos sobre as interações precoces entre a mãe e o bebê têm trazido uma relevante contribuição à compreensão da dinâmica dos diversos elementos presentes na origem do desenvolvimento infantil. Além

disso, muitas pesquisas têm o objetivo de avaliar a correlação entre as características psicopatológicas maternas e a presença dos transtornos alimentares infantis (Chatoor et al., 1998c; Coulthard & Harris, 2003; Lindberg et al., 1996; Coulthard, Blissett, & Harris, 2004). Essas pesquisas têm como aspecto interessante, a constatação de que existe uma relação evidente entre o desenvolvimento da criança e as características do seu ambiente de cuidados e atenção, mas também revelam dados que estabelecem uma correlação entre os transtornos alimentares infantis e as características psíquicas maternas.

Segundo Freud (1905), através da alimentação a criança estabelece as primeiras trocas com a mãe. A partir da idéia do desamparo (*helplessness*) a obra freudiana trata do tema da constituição da subjetividade ao redor da experiência da oralidade. Para o bebê, é sempre necessária a presença de um outro que possa sustentá-lo e que o assista. Em geral, esse outro que atende o bebê é a mãe ou seu substituto (o cuidador). À medida que o cuidador consegue interpretar e responder satisfatoriamente as demandas da criança, ela desenvolve gradualmente a capacidade de reconhecer seus próprios sinais e os sinais do outro que lhe atende. Embora a teoria freudiana tenha oferecido os principais paradigmas para os seus sucessores, alguns psicanalistas atualmente criticam as suas interpretações por considerarem que Freud sustenta a idéia de uma criança mais receptiva e dependente do que ativo e interativo.

Como Freud, Anna Freud (1946) atribui uma particular importância à interação alimentar mãe-bebê nas origens das relações de objeto. A autora

afirma que no início a libido da criança reveste não a mãe, mas a experiência de ser alimentado. Anna Freud (1946) afirma que uma criança que é alimentada e se satisfaz é uma criança que ama a experiência de comer. Aquilo que é colocado em realce nesta afirmação é sobretudo o papel da mãe, ou do seu substituto, em identificar, traduzir e responder em modo adequado às necessidades da criança. Anna Freud (1946) afirma ainda que, depois de uma fase em que os investimentos psíquicos da criança giram em torno das experiências de necessidade e satisfação, a criança passa a investir na comida como fonte de prazer e, nesta segunda fase, a criança passa a amar o leite, o seio ou a mamadeira e consegue, progressivamente, antecipar a situação de alimentação e esperá-la.

No contexto da psicanálise infantil, é importante sublinhar os estudos de Melanie Klein (1952) que descreveram as interações entre a criança pequena e sua mãe no momento da alimentação. Klein afirma que uma criança com poucas semanas de vida interrompe o ato de sugar enquanto é amamentada para olhar sua mãe e que as crianças em torno de um mês são capazes de responder à voz materna e de sorrir diante das trocas das expressões faciais. Para Klein (1952), estas respostas das crianças assinalam que elas demonstram uma interação mais prazerosa com quem oferece a comida do que com a comida em si.

Winnicott (1948, 1953, 1960), por sua vez, acentua a importância das trocas interacionais entre a mãe e a criança e é o autor de uma das frases mais significativas para a compreensão das trocas entre o bebê e sua mãe: “um bebê não existe sozinho”. Nesta afirmação simples, mas cheia de significado,

Winnicott ressalta o fato de que é impossível falar do desenvolvimento infantil se não falarmos de quem se ocupa da criança. Com o conceito de “mãe suficientemente boa” (*good enough mother*), Winnicott (1951) valorizou mais a interação que o instinto e a oralidade. Segundo ele, a mãe suficientemente boa consegue oferecer uma acomodação ativa às necessidades da criança e, com o passar do tempo, a criança pequena consegue tolerar certo nível de frustração. Gradativamente, as demandas da criança à mãe diminuem as exigências de acomodação materna às suas necessidades. No entanto, é fundamental que a mãe tenha disponibilidade para atender a criança no período inicial de vida e que possa oferecer a mesma um ambiente seguro onde a criança possa crescer de modo mais satisfatório possível.

Dentro dos primeiros estudos psicanalíticos sobre as interações mãe-bebê é importante ressaltar as contribuições de Bowlby (1958, 1969) que afirma que a satisfação de ser alimentado não é a base do apego mãe-bebê, embora seja parte integrante do desenvolvimento do comportamento de apego. Segundo Bowlby (2006), a interação entre a mãe e seu filho tem como ponto de partida a tendência da criança em procurar a interação com o outro e é facilitada pela aproximação com a mãe.

Bowlby (1958) e Ainsworth (1969) consideram a presença dos pressupostos da teoria da etologia no desenvolvimento humano, segundo a qual a criança tem um papel ativo no curso do seu desenvolvimento e na interação com a mãe. Segundo os estudos etológicos da interação mãe-bebê, o comportamento infantil é ativo para evocar as respostas maternas e também na busca da proximidade com a mãe. Embora Bowlby (1969, 1973, 1980)

caracterize o apego como um comportamento instintivo, ele afirma que o apego não é um comportamento herdado. Segundo ele, aquilo que a criança herda é o potencial para desenvolver sistemas de comportamentos, mas o modo como estes sistemas irão evoluir depende do ambiente onde se encontra inserida a criança. Bowlby acentua que o objetivo do apego é oferecer sentimentos de segurança e proteção.

Analisando a metodologia dos estudos psicanalíticos sobre a interação mãe-bebê, Ainsworth (1969) afirma que os psicanalistas desenvolveram estudos empíricos sobre o comportamento infantil na busca de bases experimentais para os seus estudos sobre os fenômenos psíquicos internos realizados através da exploração das fantasias e das associações em pacientes adultos. Os estudos desenvolvidos segundo esta orientação são nomeados por Ainsworth (1969) como estudos comportamentais psicanaliticamente orientados e têm nas pesquisas de Spitz (1965) o seu primeiro exemplo.

Spitz (1965) recusa a compreensão de que existe, desde o nascimento, uma relação de objeto com a mãe e defende a idéia de que o desenvolvimento das diversas funções se realiza de modo lento e contínuo. Spitz (1965) esteve particularmente interessado no papel das interações da criança com o seu cuidador no desenvolvimento infantil. Segundo esse autor, a mãe ocupa um papel fundamental na constituição psíquica da criança, pois é através das respostas da mãe que a criança consegue, ou não, adquirir cada organizador psíquico: o sorriso no terceiro mês de vida, a angústia do estranho aos oito meses e o *não* (falado e gesticulado) aos quinze meses.

Spitz (1965) preocupado com o desenvolvimento de bases empíricas dentro da teoria psicanalítica, fez uma descrição detalhada e muito elaborada das interações emocionais entre a mãe e o filho e considerava o uso da observação direta e dos métodos da psicologia experimental de fundamental importância no estudo daquilo que acontece no primeiro ano de vida da criança. Deste modo, Spitz diferenciou-se da tradição psicanalítica que valoriza o uso da reconstrução dos processos do desenvolvimento como base na análise das fases posteriores da vida (Ainsworth, 1969).

Depois dos primeiros estudos que buscavam o encontro entre a psicanálise e a pesquisa empírica, várias pesquisas foram desenvolvidas e a compreensão da interação mãe-bebê se enriqueceu de modo substancial, sobretudo nas últimas décadas com os estudos de Sander (1962, 1964, 1975) e posteriormente de Kaye (1977) e Stern (1971, 1985). Segundo Lucarelli (2001), “uma atenção crescente ao estudo das interações e das trocas afetivas precoces entre o cuidador e a criança e o seu papel no desenvolvimento psíquico se aperfeiçoou através de sistemas de investigação sofisticados introduzidos de modo sistemático por Sander e amplamente desenvolvidos por Beebe, Kaye, Schaffer e Stern. Tais sistemas permitem observar o comportamento da criança pequena de modo detalhado e microanalítico” (p. 208).

A partir de um estudo longitudinal, Sander (1962, 1964, 1975) consolidou uma sequência no curso normal dos eventos da interação mãe-bebê, tendo como ponto de partida questões de adaptação negociadas no contexto da interação entre a criança e o seu cuidador e estabelecida segundo o período no

qual é mais frequente que tais adaptações aconteçam. Embora não sejam estudos voltados unicamente à pesquisa da interação alimentar, os estudos de Sander são de muita pertinência na compreensão daquilo que se passa entre a criança e o seu cuidador no momento da alimentação.

A primeira questão foi nomeada por Sander (1975) de Regulação Inicial e apresenta-se entre o primeiro e o terceiro mês de vida. As questões de Regulação Inicial se referem às atividades fundamentais relativas aos processos biológicos da criança no qual, ela e a mãe estão envolvidas. Neste período, mãe e bebê são envolvidos sobretudo nas tarefas relativas à “alimentação, sono, evacuação, manutenção da postura, etc., compreendida ainda a necessidade da criança de receber estímulos para acalmar-se e ativar-se” (p. 108).

Na idade entre os quatro e os seis meses, mãe e bebê estão empenhados nas demandas para as Trocas Recíprocas. Neste período, as primeiras conquistas no âmbito motor e vocal da criança tornam possível o fato de que na díade se desenvolvam trocas cada vez mais recíprocas e afetivamente espontâneas. Neste período, as atividades quotidianas, como a alimentação e a vestimenta se tornam coordenadas reciprocamente.

No período sucessivo (entre os sete e os nove meses), Sander (1964, 1975) afirma que as demandas à díade se referem sobretudo à Iniciativa. Os comportamentos da criança com relação à mãe são endereçados a garantir as trocas sociais recíprocas. Observa-se ainda uma interação da criança com o ambiente com base em suas próprias escolhas.

Entre os dez e os treze meses, a questão adaptativa negociada interativamente entre a criança e a mãe foi nomeada por Sander (1962) de Focalização. Neste período, a principal questão posta à díade é “em que medida a criança sente satisfeitas as suas exigências de que seja apenas a mãe a satisfazer as suas necessidades?” (p. 23). Segundo Sander (1975), quando a questão da Iniciativa, que se coloca no período precedente, foi negociada satisfatoriamente, o período de Focalização na mãe se desenvolve de modo muito mais tranqüilo. A autonomia no primeiro ano de vida está em estreita relação com o modo como a criança viveu a evolução das atividades por ela realizadas. Para Sander (1962), “a negociação tranqüila e prazerosa parece depender da capacidade da mãe de não se opor ou de aceitar compromissos mantendo a criança na esfera de sua consciência enquanto persegue seus próprios interesses” (p. 23).

A quinta questão foi nomeada por Sander (1964, 1975) de Auto-afirmação e se estende dos quatorze aos vinte e seis meses, coincidindo com a fase do *não* descrita por Spitz (1965). A principal questão interacional colocada neste período, junto com aquela do período precedente, é de notável importância no presente estudo. Diante das questões de Auto-afirmação, a criança é envolvida em atividades que ampliam a determinação do seu comportamento, frequentemente, em oposição à determinação materna. O aumento da autonomia da criança de uma parte e as restrições dos genitores à vontade da criança de outra parte constituem o cenário característico desta fase. É um período de frequentes oposições da criança às demandas maternas e são frequentes os embates pelo controle, como se verifica, por exemplo, no

momento da alimentação em que existe, muitas vezes, uma relação de força entre a mãe e o filho. Esta é uma fase que exige grande disponibilidade materna nas negociações com a criança e o ponto de equilíbrio entre o limite e a concessão é muito particular em cada díade. Observa-se uma maior sincronia quando as fases precedentes foram negociadas com sucesso.

Entre os dezoito e os trinta e seis meses, duas questões se colocam na sequência da coordenação adaptativa na interação mãe-bebê. A primeira, Sander (1975) chama de Reconhecimento e se refere às “atividades (incluindo a linguagem) que exprimem a percepção do próprio estado, das próprias intenções e do próprio conteúdo de pensamento” (p. 108). Neste período, a comunicação entre a mãe e a criança é mais diferenciada, graças ao desenvolvimento da capacidade de falar da criança. Da parte desta, existe um novo nível de consciência interior que lhe permite transmitir a própria experiência em um modo mais específico e preciso. No início deste período, a questão precedente da Auto-afirmação não está ainda completamente superada e agora a questão é como a díade mãe-bebê conseguirá ampliar a coordenação recíproca. Nesta fase, a díade pode alcançar um novo nível de consciência no negociar a adaptação. Desenvolve-se aquilo que Sander (1975) chamou consciência compartilhada, e consiste na “compreensão que de um outro pode ter consciência daquilo de que cada um é consciente internamente” (p. 110). Este é um primeiro nível na experiência do reconhecimento de si que porta a um sentido de continuidade.

A segunda questão que se apresenta entre os dezoito e os trinta e seis meses é chamada por Sander (1975) de “continuidade ou constância do Eu”. A

díade mãe-bebê se envolve em atividades que provocam uma interrupção e restauram a coordenação a nível intencional. A ruptura do equilíbrio das trocas com o cuidador perturba o Eu da criança que se encontra em fase de consolidação e torna a sua sucessiva retomada a condição necessária para uma experiência fundamental de transformação quanto à constância do Eu (Sander, 1975).

A partir dos anos 80, depois dos primeiros estudos de Sander, muitas pesquisas foram desenvolvidas com o intuito de investigar o modo como as características maternas se relacionam às características da criança na constituição dos transtornos da alimentação.

Em um estudo pioneiro sobre os fatores determinantes dos transtornos da alimentação na infância, Chatoor e Egan (1983) e Chatoor (1989) afirmam que o desenvolvimento dos comportamentos alimentares inadaptados pode ter raízes nas características comportamentais e psicopatológicas da mãe ou da criança. O período crítico seria a idade de seis meses de vida, exatamente durante o processo de diferenciação psicológica e no início do desenvolvimento da autonomia da criança, quando, segundo Sander (1975), mãe e bebê estão empenhados nas pesquisas para as trocas recíprocas. Neste período, são introduzidos os alimentos sólidos que, frequentemente, produzem reações negativas em algumas crianças (Lindberg et al., 1991).

Lindberg et al. (1991, 1994, 1996) desenvolveu diversas pesquisas sobre o tema da relação entre as características maternas, as características da criança e as características da interação mãe-bebê no desenvolvimento dos transtornos da alimentação na infância. Lindberg et al. (1996) consideram que

as interações problemáticas podem ser um importante fator no desenvolvimento e na permanência da recusa alimentar na infância. Estes autores fizeram uma pesquisa com o objetivo de estudar o modelo da interação mãe-bebê durante o momento da alimentação e do jogo, observando um grupo de crianças que apresentava recusa alimentar e compararam a um grupo de controle. As observações revelaram diferenças significativas entre os dois grupos, sobretudo com relação à recusa alimentar. As crianças do grupo clínico evidenciaram recusa alimentar mais frequentemente e mostraram sinais comunicativos pouco claros com relação às crianças do grupo de controle. No grupo das mães se constatou que as mães das crianças do grupo clínico foram menos sensíveis e colaborativas e apresentaram, mais frequentemente, um comportamento de controle e de orientações verbais, quando comparadas às mães do grupo de controle.

Com base em diversas pesquisas precedentes, Lindberg et al. (1996) afirmam que as mães de crianças com *failure to thrive* revelam comportamentos diversos daqueles que, a princípio, seriam comportamentos promotores do desenvolvimento do apego seguro. Ao mesmo tempo, embora algumas pesquisas (Skuse, Woke, & Reilly, 1992) não concordem com a afirmação de que existe uma correlação entre o apego inseguro e alguns tipos de problemas do comportamento alimentar na infância, Lindberg et al. (1994) concluem, depois de um estudo com crianças que apresentam recusa alimentar em períodos muito precoces da vida, que este é um problema presente no relato de diversas famílias e que as características destas crianças podem ter uma influência significativa no modo como se desenvolve as

relações de apego. Além disso, Lindberg et al. (1996) afirmam que, embora as pesquisas permitam afirmar que o comportamento materno é um importante fator no desenvolvimento da recusa alimentar, não se pode interpretar, como uma relação de causa e efeito, os problemas de interpretação dos sinais da criança pela mãe e a dificuldade de comunicar claramente suas necessidades e desejos por parte da criança com recusa alimentar.

Hagekull et al. (1997) desenvolveram um estudo longitudinal com um grupo não clínico, com o objetivo de avaliar a relação entre a sensibilidade materna, as características do temperamento da criança e a presença dos transtornos da alimentação em crianças com idade entre dez meses e dois anos. A avaliação dos transtornos alimentares das crianças partiu dos relatos maternos com respeito aos problemas gerais e comportamentais de recusa do alimento por parte da criança. Os autores usaram o modelo proposto por Chatoor (1989) como guia para particularizar as possíveis causas antecedentes aos problemas alimentares precoces. Hagekull et al. (1997) afirmam que, além das características sublinhadas por Chatoor (1989), nos transtornos da alimentação se pode constatar que a irregularidade dos sinais de fome da criança torna mais difícil a interpretação dos mesmos pela mãe. Segundo estes autores, a regularidade da intensidade dos estados biológicos (como por exemplo, a fome e o sono) é um importante fator para sua interpretação.

Segundo Hagekull et al. (1997), a recusa alimentar da criança pode provocar incerteza e sentimentos negativos nas mães que têm uma expectativa elevada em relação ao seu papel materno. Em consequência, pode acontecer que as mães se revelem insensíveis às necessidades das crianças ou

assumam modos mais coercivos. Além disso, a inabilidade materna para compreender os sinais infantis tem uma correlação com os conflitos maternos em relação à autonomia e ao controle. Deste modo, a interação da díade se caracteriza por pouca reciprocidade, tensão, conflitos e luta pelo controle. Por outra parte, Hagekull et al. (1997) afirmam que as características do temperamento infantil são importantes nos problemas da alimentação. Em um estudo precedente, Hagekull e Bohlin (1986) fizeram algumas considerações com relação às características de temperamento de crianças diagnosticadas com recusa da alimentação e que apresentaram mais dificuldades comportamentais com relação às crianças do grupo de controle. Nesse estudo, Hagekull e Bohlin (1986) consideraram que o temperamento é um importante componente no desenvolvimento da interação entre a criança e seus genitores.

Lewinsohn, Holm-Denoma, Gau et al. (2005) desenvolveram uma pesquisa com o objetivo de criar um instrumento multifatorial para medir os problemas do comportamento alimentar em crianças com idade de trinta e seis meses e examinar a prevalência destes comportamentos. Nessa pesquisa, os problemas infantis mais frequentes nos relatos das mães foram cuspir a comida e as demonstrações de raiva por parte da criança quando não lhe era permitido comer um determinado alimento. Além destes comportamentos, foram identificados *pickiness* (a criança que come apenas uma limitada variedade de comida), recusa da comida (a criança recusa comer específicos tipos de comida), luta pelo controle (frequentes embates da mãe com a criança com relação à comida), e comportamento positivo por parte dos genitores (a criança é elogiada por aceitar a comida).

Muito recentemente, Blissett, Meyer e Haycraft (2007) realizaram um estudo empírico com noventa e seis mães de crianças entre treze e quarenta e nove meses de idade, com o objetivo de estudar como os diferentes aspectos da saúde mental materna contribuem com a presença de referências relacionadas às dificuldades na interação alimentar segundo o gênero da criança. Esses autores afirmam que frequentemente existe uma correlação entre a qualidade da interação mãe-bebê e os transtornos da alimentação. No grupo dos meninos, a ansiedade materna demonstrou uma correlação com as referências negativas com respeito ao momento da alimentação, enquanto a depressão materna aparece relacionada a um comportamento de recusa alimentar. Ao contrário, no grupo das mães das meninas, os sintomas da saúde mental materna não se mostraram como um relevante fator preditivo de referências negativas em relação ao momento da alimentação. Todavia, no grupo das mães das meninas, os sintomas de bulimia e depressão maternas estão correlacionados com a recusa alimentar apresentada pelas filhas.

Blissett et al. (2007) afirmam que os mecanismos de interação entre as características maternas, em particular a ansiedade e a depressão, e os transtornos alimentares não estão ainda evidentes e sugerem que a provável contribuição de cada tipo de sintoma deve ser avaliada separadamente para que se possa particularizar as relações entre estes sintomas e os transtornos alimentares infantis.

Maldonado-Duran et al. (2008) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar as características clínicas das dificuldades alimentares de trinta crianças nos primeiros dois anos de vida e as suas correlações com a

interação mãe-bebê. Nessa pesquisa, as crianças com transtorno alimentar foram recrutadas através de um questionário aplicado aos genitores de 339 crianças que não tinham referências precedentes a transtornos da alimentação. Neste grupo, foram identificadas trinta crianças com transtorno alimentar, e entre estas, 20% também apresentava déficit do crescimento. Além disso, mais de um terço das crianças com transtornos alimentares conseguiu manter um peso adequado, segundo os autores, como resultado do esforço dos genitores para adaptarem-se as suas exigências com relação à alimentação. Com base nestes dados, os autores chegam à conclusão que, nesse estudo, os transtornos alimentares não se apresentam como sinônimo de déficit do crescimento.

Com relação aos genitores, a pesquisa revelou uma baixa frequência do uso de práticas ou estratégias alimentares anormais. Em conclusão, Maldonado-Duran et al. (2008) afirmam que os transtornos alimentares não foram causados por dificuldades das mães nem são consequência de um comportamento materno. Ao contrário, os autores concluem que os transtornos alimentares são frequentes, mas nesse estudo não estão associados a déficit do crescimento ou aos problemas do desenvolvimento graças à sensibilidade materna que tornou possível que as mesmas se adaptassem às particularidades da criança e adotassem estratégias para sustentar o seu desenvolvimento. Segundo Maldonado-Duran et al. (2008) esta característica materna encontrada na amostra estudada talvez não estivesse presente em um grupo clínico, cujas crianças são encaminhadas a tratamento de transtornos alimentares, provavelmente em consequência da intensidade do problema, da

presença de déficit no crescimento ou ao insucesso materno nas tentativas de alimentar a criança.

Em relação ao Transtorno Alimentar Pós-Traumático, as pesquisas (Chatoor e Ganiban, 2003; Chatoor et al., 2001; Benoit e Coolbear, 1998) revelam a presença de uma vulnerabilidade psicológica dos laços familiares e um perfil psicológico materno caracterizado pela ansiedade, depressão e postura alimentar disfuncional. Comumente, se observa a presença de um conflito do desenvolvimento pertencente à ansiedade de separação.

Na clínica, observa-se que no Transtorno Alimentar Pós-Traumático, o medo da perda dos laços afetivos e a ansiedade de separação apresentados pela mãe ou pela criança são, frequentemente, determinantes na persistência do transtorno. A ansiedade e o estado de frustração em consequência da recusa alimentar da criança revelados pelos genitores podem ser observados através das frequentes tentativas destes de persuadir a criança a comer, distrai-la com brincadeiras ou da oferta excessivamente variada de comidas. Além disso, a tentativa materna de fazer a criança alimentar-se quando esta apresenta uma recusa do alimento e os gestos que forçam a alimentação da criança que conduzem frequentemente à intensificação da ansiedade antecipatória e da recusa alimentar por parte desta. (Chatoor, 2007).

Todavia, são raras as pesquisas que analisam especificamente as características da interação alimentar, as características maternas e as características das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático. A partir dos estudos anteriores, a presente pesquisa pretende oferecer uma contribuição na compreensão dos fatores presentes no Transtorno Alimentar

Pós-Traumático. Nos próximos capítulos, serão expostos a metodologia, apresentados e discutidos os resultados encontrados e as propostas de futuros estudos.

CAPÍTULO 4: A PESQUISA

4.1 OBJETIVOS

A presente pesquisa tem como objetivo geral oferecer uma contribuição à definição dos critérios diagnósticos do Transtorno Alimentar Pós-Traumático na primeira infância a partir da observação da interação alimentar mãe-bebê e, colaborar na diferenciação deste transtorno com relação à Anorexia Infantil. Tais objetivos se justificam pelo crescimento do número de crianças que apresentam Transtorno Alimentar Pós-Traumático na primeira infância e pelo baixo número de pesquisas sobre este transtorno. Além disso, embora apresentem etiologias diversas, o Transtorno Alimentar Pós-Traumático na primeira infância e a Anorexia Infantil têm características muito similares, como por exemplo, a presença de uma intensa e persistente recusa do alimento. Portanto, é necessário que os critérios de diferenciação sejam claramente estabelecidos para cada um destes transtornos, de modo a consentir o desenvolvimento de pesquisas que permitam agrupar os fenômenos e organizá-los de maneira a tornar possível a realização de generalizações, com relação às observações e à definição de tratamentos diferentes para cada um destes transtornos (Ammaniti, 2001).

Partindo das pesquisas mais recentes que sustentam a importância de uma avaliação clínico-diagnóstica específica dos modelos interativos mãe-bebê na

alimentação e o aumento da presença do Transtorno Alimentar Pós-Traumático na primeira infância, o presente estudo tem os seguintes objetivos:

- Identificar a origem dos fatores psíquicos presentes no Transtorno Alimentar Pós-Traumático na infância para orientar uma avaliação clínico-diagnóstica específica.
- Identificar características específicas do comportamento alimentar da criança e dos modelos interativos mãe-bebê no Transtorno Alimentar Pós-Traumático na infância.
- Estabelecer critérios diferenciais entre o Transtorno Alimentar Pós-Traumático e a Anorexia Infantil.
- Evidenciar a utilidade da observação direta da interação alimentar mãe-bebê no processo diagnóstico dos Transtornos Alimentares Infantis.

4.2 HIPÓTESES

Segundo estudos anteriormente realizados (Chatoor et al., 2001) e em conformidade com os objetivos anteriormente mencionados, seguem abaixo as hipóteses iniciais do presente estudo:

- Os fatores psíquicos presentes no Transtorno Alimentar Pós-Traumático e que se refletem na interação mãe-bebê são oriundos tanto das características da criança quanto da mãe.
- O modelo interativo mãe-bebê no Transtorno Alimentar Pós-Traumático se caracteriza principalmente pelo conflito diádico.
- A observação da interação alimentar mãe-bebê é um importante instrumento no diagnóstico do transtorno alimentar infantil e na identificação dos critérios diferenciais entre o Transtorno Alimentar Pós-Traumático e a Anorexia Infantil.

4.3 METODOLOGIA

4.3.1 AMOSTRA

A presente pesquisa foi realizada a partir de três grupos de crianças: o Grupo de crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático (n=20), o Grupo de crianças com Anorexia Infantil (n=20) e o Grupo de Controle composto por crianças sem transtornos da alimentação (n=20). As características dos três grupos com relação à idade, status socioeconômico e gênero são descritas nas Tabelas 9 e 10.

TABELA 9 – Características Demográficas dos Grupos

Variáveis	Grupos		
	Pós-traumático (n = 20)	Anorexia Infantil (n = 20)	Controle (n = 20)
Idade (meses)	m=23,2 d.s.=2,3	m=23,4 d.s.=2,1	m=23,1 d.s.=2,6
Status Socioeconômico*	m=2,7; d.s.= 0,3 (medio-alto)	m=2,8 d.s.=0,4 (medio-alto)	m=2,5 d.s.=0,6 (medio-alto)

*Status Socioeconômico segundo os quatro fatores de Hollingshead (1975)

TABELA 10 – Distribuição da Amostra

GRUPO	MENINOS	MENINAS	N TOT.
TAPT*	9	11	20
Anorexia Infantil	10	10	20
Controle	9	11	20

*Transtorno Alimentar Pós-Traumático

O Grupo Clínico das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático é composto de vinte crianças (n=20) com diagnóstico de Transtorno Alimentar Pós-Traumático que tiveram uma história clínica de Refluxo Gastroesofágico (RGE) de grau severo devido a uma atresia esofágica.

O Refluxo Gastroesofágico é uma patologia muito comum nas crianças, sobretudo nos primeiros meses de vida e consiste na passagem involuntária do material gástrico do estômago que retorna ao esôfago. Em 75% dos casos, as drogas usadas para a cura do refluxo são eficazes. Nos casos de refluxo de grau

severo, as drogas não têm efeito, pois geralmente existe uma atresia esofágica, que consiste em uma interrupção do esôfago que se associa à presença de uma comunicação com a traquéia. Em mais de 90% dos casos, o problema se resolve com um procedimento cirúrgico. Ao final da intervenção cirúrgica, uma sonda é colocada através do nariz, passando pelo esôfago até o estômago e permanece nesta posição por alguns dias (sonda nasogástrica). No pós-operatório, a criança continua a manter a sonda nasogástrica e se mantém em jejum nos primeiros dias. Posteriormente, a criança será alimentada gradualmente até conseguir ingerir uma quantidade de leite suficiente ao seu desenvolvimento. A sonda será retirada logo que a criança tenha condições de ingerir oralmente a quantidade de alimento que necessita (Bagolan, 2008; Coscia, Tagliani, Camastra, Nugnes, 2005).

Na presente pesquisa, todos os casos de crianças com diagnóstico de Transtorno Alimentar Pós-Traumático eram crianças que passaram por intervento cirúrgico e todos foram observados aproximadamente seis meses após a resolução do problema médico. As crianças foram selecionadas em um Hospital Pediátrico da cidade de Roma (Itália) dentre aquelas que, depois de resolvida a problemática médica na esfera da orofaringe, continuava a persistir uma intensa recusa do alimento acompanhada de comportamentos fóbicos de evitamento e terror.

A literatura científica (Chatoor et al, 2001) sublinha a similaridade de alguns sintomas do Transtorno Alimentar Pós-Traumático e a Anorexia Infantil. A partir deste dado, o Grupo Clínico das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático estudados na presente pesquisa foi comparado a grupo de vinte

crianças, nos primeiros três anos de vida, com diagnóstico de Anorexia Infantil. As crianças do Grupo Anorexia Infantil também foram selecionadas em um Hospital Pediátrico da cidade Roma (Itália) após a avaliação do transtorno alimentar, tendo sido excluídas as crianças que apresentavam alguma patologia médica como principal causa do déficit do crescimento. O objetivo deste confronto é particularizar de modo cada vez mais claro, as especificidades do Transtorno Alimentar Pós-Traumático na infância e realizar uma avaliação clínico-diagnóstica diferencial entre os dois transtornos.

O Grupo de Controle é composto de vinte crianças (n=20) nos primeiros três anos de vida que não apresentam sintomas de transtornos alimentares em suas anamneses e que apresentam um desenvolvimento psicomotor regular. Os dados do grupo de controle foram coletados graças à colaboração com uma creche do Município de Ciampino, na Província de Roma (Itália).

O diagnóstico de Transtorno Alimentar Pós-Traumático e de Anorexia Infantil foi realizado com base nos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2000), da Classificação 0-3R (Zero-to-Three, 2005) e da Classificação Clínica proposta por Irene Chatoor (2002; Chatoor e Ammaniti, 2007).

Todos os genitores preencheram o módulo de Consentimento Informativo que autoriza a utilização do material registrado em vídeo para utilização científica. Além disso, os genitores preencheram uma ficha sociodemográfica com dados sobre a família: dados do nascimento e sexo da criança; número, sexo e data de nascimento dos irmãos da criança; data de nascimento, grau de instrução e ocupação do pai e da mãe (se tempo integral ou meio período); condições dos genitores, se biológicos ou adotivos; estado civil dos genitores. Todas as mães

responderam aos questionários (*report form* e *self report*) utilizados na pesquisa. As mães foram observadas com seus filhos durante uma sessão de alimentação com 20 minutos de duração. Os vídeos da sessão alimentar da mãe com a criança dos dois grupos clínicos foi realizado no próprio hospital e/ou em casa. No caso das crianças do grupo de controle, os vídeos foram feitos na residência da criança. Em alguns casos, foi realizado também um vídeo de uma sessão de alimentação da criança com o pai, material que não foi utilizado na presente pesquisa.

4.3.2 Procedimentos e Instrumentos

4.3.2.1 Avaliação da Interação Alimentar Mãe-Bebê

A interação alimentar mãe-bebê foi avaliada através de procedimentos de observação direta. As díades mãe-bebê dos Grupos Clínicos e de Controle foram observadas em uma sessão videoregistrada de 20 minutos efetuada durante uma das principais refeições da criança. Antes de começar a realização do vídeo, as mães foram orientadas a comportar-se de modo habitual durante o momento da alimentação da criança. Foi solicitado que as sessões de alimentação fossem

realizadas apenas com a presença da mãe e da criança. Nos vídeos feitos em casa, a escolha do local onde seria realizada a refeição da criança (sala, cozinha, quarto, etc.) foi feita pela mãe e/ou pela criança, tendo como referência os procedimentos mais usuais entre ambas. A decisão sobre o modo como acomodar a criança ficou a critério da mãe (cadeira da mesa de refeições, cadeirão, colo, etc.). Os vídeos foram feitos por psicólogos com *training* na *Feeding Scale*. Antes de começar, a mãe foi advertida que durante a execução da filmagem não seria possível falar com a pessoa que a estivesse fazendo.

A observação videoregistrada foi avaliada através de dois *checklist* que permitem analisar a qualidade das modalidades relacionais e o estado afetivo da díade durante o pasto:

- Feeding Resistance Scale (Chatoor et al., 2001; adaptação italiana, Ammaniti et al., 2008).
- Feeding Scale (Chatoor et al., 1998b; na adaptação italiana Scala di Valutazione dell'Interazione Alimentare Madre-Bambino / SVIA, Ammaniti, Lucarelli, Cimino, D'Olimpio, 2004b, 2006).

A *Feeding Resistance Scale* (Chatoor et al., 2001) foi criada para ser usada na observação direta da criança e da mãe no momento da alimentação quando a história clínica indica a possível presença de um Transtorno Alimentar Pós-Traumático. A escala se apresenta sob a forma de um *checklist* que se aplica a observação videoregistrada da díade mãe-criança durante uma sessão alimentar de aleitamento ou de uma refeição principal.

O uso da *Feeding Resistance Scale* possui dois objetivos principais: orientar o diagnóstico do transtorno alimentar e orientar as intervenções com base nas relações mãe-criança. Como um instrumento clínico e diagnóstico serve à identificação de modelos disfuncionais emotivos e comportamentais da criança durante a refeição e das dinâmicas relacionais de risco avaliadas clinicamente nos procedimentos de avaliação diagnóstica dos transtornos alimentares infantis. Os vídeos utilizados são ainda utilizados nas intervenções clínicas com os genitores com o objetivo de prevenir ou tratar transtornos emotivos e problemas relacionais precoces.

A *Feeding Resistance Scale* é composta por vinte itens que descrevem o comportamento da criança durante a refeição com ênfase nas respostas da mesma à situação alimentar e à comida. Cada item da escala deve ser medido de acordo com uma escala Likert composta por quatro pontos (0 = nunca; 1 = pouco; 2 = algumas vezes; 3 = muito) em correspondência à frequência e à intensidade dos comportamentos descritos que a criança revela no curso da refeição. A avaliação oferece um índice global da resistência alimentar (*feeding resistance*) ou pontuações agrupadas em cada dimensão observada pela escala:

- Resistência Pré-oral I: avalia a ansiedade antecipatória e os comportamentos defensivos da criança antes que a comida chegue à boca (por ex., ao ver os utensílios da alimentação ou quando posicionada para comer). É composta de cinco itens.

- Resistência Pré-oral II: avalia a ansiedade antecipatória e a resistência em aceitar a comida quando lhe é oferecida. É composta por oito itens.
- Resistência Intra-oral: avalia a resistência em ingerir e deglutir quando a comida é colocada na boca da criança. É composta por sete itens.

Conjuntamente à *Feeding Resistance Scale* (Chatoor et al., 2001) é possível aplicar uma escala de observação da interação alimentar entre a mãe e a criança. A *Feeding Scale – Observational Scale for Mother-Infant Interaction during Feeding* (Chatoor et al., 1998b; Ammaniti et al., 2006) oferece uma avaliação eficaz da interação mãe-bebê durante uma sessão de alimentação de 20 minutos. A escala pode ser usada com crianças entre um mês e três anos de idade. A versão original, padronizadas para a população norte-americana, consiste de 46 itens que descrevem os comportamentos da mãe e da criança no curso de uma refeição e se aplica a observações videoregistradas da diáde durante a interação alimentar. Os itens são avaliados após a sessão de alimentação.

A observação videoregistrada da interação entre a mãe e a criança durante duas sessões de alimentação distantes uma da outra duas semanas mostra uma considerável estabilidade da avaliação efetuada mediante o uso da escala. A versão original compreende cinco subescalas: Reciprocidade Interativa (trocas positivas entre a mãe e a criança); Conflito Interativo (recusa da comida e comportamentos negativos da parte da criança, e comportamentos e comentários negativos da mãe em relação à criança); Vocalização e Distração (uso de verbalizações e de brincadeiras que interferem na alimentação); Luta pelo

controle (comportamentos de controle da mãe, como por exemplo, forçar a comida na boca da criança e resistência da criança, como por exemplo, cuspir a comida); e Não-continência materna (comportamentos maternos não apropriados durante a alimentação da criança, como por exemplo, a mãe restringe o movimento da criança). A capacidade diagnóstica da escala foi estabelecida através da possibilidade demonstrada de diferenciar entre as crianças com e sem transtorno alimentar (Chatoor et al., 1997; Chatoor et al., 2001).

Na presente pesquisa, foi utilizada a versão italiana da *Feeding Scale* (Scala di Valutazione dell'Interazione Alimentare Madre-Bambino, Ammaniti et al., 2006) que se apresenta sob a forma de um *checklist* com quarenta e um itens que se aplicam às observações videoregistradas da díade mãe-bebê durante a interação alimentar nos primeiros três anos de vida.

A escala foi criada para ser utilizada como instrumento de pesquisa ou como instrumento clínico e diagnóstico. Como instrumento de pesquisa, é um precioso meio para o estudo do desenvolvimento da relação mãe-bebê nos primeiros três anos de vida e das dinâmicas relacionais de risco no contexto da alimentação. Como instrumento clínico e diagnóstico, permite identificar e mostrar modelos disfuncionais de regulação alimentar da criança e dinâmicas relacionais de risco da díade mãe-bebê, que são avaliadas clinicamente para aprofundar a avaliação diagnóstica dos transtornos alimentares infantis. O vídeo da interação alimentar mãe-bebê pode ser utilizado por especialistas na intervenção psicoterapêutica junto aos genitores com o objetivo de prevenir ou tratar transtornos evolutivos e problemas relacionais precoces.

Na adaptação italiana, a escala se subdivide em quatro subescalas: Estado Afetivo da Mãe, Conflito Interativo, Comportamento de Recusa Alimentar da Criança, Estado Afetivo da Díade.

A subescala *Estado Afetivo da Mãe* é composta por quinze itens que refletem o estado afetivo da mãe. Os comportamentos maternos são avaliados por meio da observação das posturas, da mímica, dos gestos, das comunicações verbais e não verbais. Observam-se os comportamentos maternos que exprimem os afetos positivos de alegria e prazer no confronto com a criança; os afetos negativos de tristeza e não disponibilidade emotiva; a capacidade de reconhecimento dos sinais comunicativos da criança que permite criar um adequado sistema de comunicação afetiva com o próprio filho durante a refeição; e a sintonização afetiva e a reciprocidade que facilitam as trocas empáticas e recíprocas entre a mãe e a criança. Da parte da criança, os itens desta subescala avaliam os comportamentos reveladores de sofrimento e dificuldade, de evitação da interação como resposta à falta de suporte às capacidades autoregulativas da criança e à ausência de continência materna. Esta subescala avalia ainda a dificuldade da criança de compartilhar emoções e afetos positivos com a mãe.

Uma pontuação elevada na subescala *Estado Afetivo da Mãe* exprime que a díade mãe-bebê não se mostra em sintonia e não exprime afetos positivos de alegria e prazer durante a interação alimentar. Deste modo, os afetos negativos maternos (tristeza, distanciamento emotivo, raiva, intrusividade e crítica excessiva), os comportamentos maternos de não continência e a dificuldade de relacionar-se nas trocas diádicas verbais e não verbais, carregam a escala

negativamente. Por outra parte, a intimidade recíproca da díade mãe-bebê e o prazer experimentado na relação são avaliados positivamente.

A subescala *Conflito Interativo* é composta de dezesseis itens e permite revelar as interações disfuncionais ligadas a uma comunicação conflitual, não colaborativa e não empática entre a mãe e a criança e a recusa alimentar da criança durante a refeição. Por parte da mãe, esta subescala avalia se a mãe conduz a refeição sem se dar conta dos sinais da criança ou se faz o controle do desenrolar da refeição sem levar em consideração os sinais que percebe oriundos da criança; se a mãe se preocupa com o tumulto e a sujeira próprios da refeição infantil; e avalia a qualidade do modo (rígido ou flexível) que a mãe regula a alternância das pausas e dos períodos de alimentação com o filho no curso da refeição. Os itens desta subescala avaliam ainda se a mãe, enquanto conduz a refeição da criança, procura ter um controle excessivo do desenrolar da refeição e se impõe a alimentação à criança. Deste modo, alguns comportamentos maternos são avaliados negativamente: a mãe interrompe ou termina a alimentação causando incômodo na criança, exprime desaprovação ou critica ao modo como a criança se alimenta, limita os movimentos da criança, faz frequentes e insistentes diretivas e/ou solicitações à criança, manifesta sofrimento e dificuldade durante grande parte das sessões alimentares.

Por parte da criança, a subescala *Conflito Interativo* avalia os comportamentos de recusa do alimento e a presença da angústia em resposta ao controle, à intrusividade, à falta de sensibilidade e continência materna. Deste modo, a vocalização excessiva da criança, que desloca o foco principal da refeição do comer para o falar, é avaliada negativamente. É avaliada também a

intensidade e a frequência do choro que revela o nível de estresse da criança quando a mãe lhe oferece a comida. Os itens desta subescala avaliam ainda a recusa alimentar da criança que conduz a uma ingestão escassa de alimento e que se revela seja de modo ativo (oposição e negativismo da parte da criança em aceitar a comida) seja de modo passivo (quando, por exemplo, a criança permanece com a comida na boca e não a deglute).

A subescala *Comportamento de Recusa Alimentar da Criança* é composta de quatro itens que exploram as características individuais dos modelos alimentares da criança. A subescala se dirige à avaliação dos comportamentos de recusa alimentar e ingestão de comida, à hipo e hiper-reatividade durante a refeição, ao pouco interesse pela situação alimentar, à obstinação e ao negativismo. Da parte da criança, os comportamentos avaliados positivamente são aqueles que demonstram um estado atento e calmo, enquanto que da parte do cuidador são avaliados positivamente os comportamentos que respondem aos sinais de fome-saciedade da criança de modo recíproco e continente.

A subescala *Estado Afetivo da Díade* avalia a qualidade afetiva da relação mãe-criança para analisar se, e em qual medida, o desenvolvimento dos modelos alimentares da criança é o resultado de uma regulação interativa de necessidades e de iniciativas, no qual contribuem ambos os parceiros (mãe e criança). São avaliados comportamentos que indicam a mútua regulação, a intrusividade materna nas iniciativas de autonomia da criança e os afetos negativos da criança (choro, desconforto emotivo, raiva, hostilidade). Quando o cuidador não consegue interpretar os sinais da criança de modo recíproco e continente no curso da alimentação, a interação alimentar é levada à falência interativa entre a criança e

o cuidador. A criança confundirá a fome com as experiências emotivas de raiva e de frustração e encontrará problemas no desenvolvimento de uma regulação interna dos ritmos biológicos de fome-saciedade. Este contexto causa comportamentos reativos e opositivos por parte da criança no curso da refeição e os dois parceiros manifestam um envolvimento negativo na relação onde ambos exprimem raiva e hostilidade.

Deste modo, os comportamentos maternos de sensibilidade e paciência em esperar a criança para iniciar a interação e a disponibilidade em modular as próprias ações são avaliados muito positivamente. Ao contrário, se a mãe distrai a criança ou deixa que se distraia durante a refeição, se a manipula excessivamente, se força a comida em sua boca, todos estes comportamentos carregam a escala negativamente. Da parte da criança, a avaliação negativa ocorre quando a criança revela desconforto que é manifestado através da irritação e dos sentimentos de frustração e de raiva ou se chora quando lhe retiram a comida ou a mamadeira. A avaliação positiva ocorre quando a criança parece tranquila e alegre durante a maior parte do tempo em que está sendo alimentada ou quando a criança não mostra sinais de desconforto se a mamadeira ou a comida lhe é retirada pela mãe.

4.3.2.2 Avaliação do Perfil Psicológico da Criança: *Child Behavior Checklist 1½-5*

O perfil psicológico da criança foi avaliado através do *Child Behavior Checklist 1½-5* (Achenbach, 1992; Achenbach & Rescorla, 2000; versão italiana, Frigerio, 1998; Frigerio et al., 2006): um questionário – *report form* – composto de 99 itens para recolher descrições sobre a criança em idade pré-escolar oferecidas pelos genitores, validado e padronizado em relação às diversas fases evolutivas e em várias áreas do funcionamento da criança. Este questionário, desenvolvido segundo uma base empírica, compõe o sistema de avaliação multiaxial de Achenbach que permite identificar as competências e os problemas comportamentais e emocionais da criança, mas não tem um escopo de emitir um diagnóstico sobre a criança, mas apenas apontar características comportamentais e emocionais da mesma. A pontuação obtida permite construir o perfil psicológico da criança em comparação com as pontuações derivadas das amostras de referência da mesma idade. O questionário pode ser usado tanto para um escopo clínico como de pesquisa.

A avaliação feita pelos genitores sobre diversas áreas do funcionamento emotivo-adaptativo da criança deve ter como referência o estado atual da criança ou as suas características nos últimos dois meses. A avaliação dos genitores deve ser declarada em uma Escala Likert, segundo a intensidade e a frequência do comportamento: 0 (zero) = não verdadeiro; 1 (um) = pouco verdadeiro ou às vezes verdadeiro; 2 (dois) = muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro. Os itens são constituídos de afirmações que descrevem diversas atividades, os

interesse, os medos, as brincadeiras, a interação com as diversas pessoas (outras crianças, genitores), as condições somáticas, problemas de saúde, o humor, os afetos e as emoções (a agressividade, a afetividade). Além dos 99 itens, existe um item aberto onde os genitores podem descrever qualquer comportamento não referido no questionário.

As instruções do questionário fazem a seguinte solicitação aos genitores: “Este questionário deve refletir a sua percepção do comportamento da criança, mesmo que outra pessoa não concorde com a sua opinião. Sinta-se a vontade para exprimir comentários adicionais ao lado de cada item e no espaço final na página três do questionário” (Frigerio, 1998). No final, o questionário apresenta três perguntas abertas onde os genitores podem pronunciar-se de modo livre sobre a possível presença de doenças, limitações ou qualquer preocupação relativa à criança. O questionário solicita ainda que os genitores descrevam os melhores aspectos da criança segundo sua própria avaliação.

O CBCL 1½-5 propõe um resultado inerente a sete escalas empíricas: Reatividade Emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Isolamento, Problemas do Sono, Problemas da Atenção e Comportamento Agressivo. Além destes resultados relativos às síndromes citadas, o CBCL 1½-5 oferece dois resultados concernentes ao conjunto das Síndromes Internalizantes (Reatividade Emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Isolamento), um resultado que se refere às Síndromes Externalizantes (Problemas da Atenção e Comportamento Agressivo) e um resultado para o total dos problemas obtido da soma de todos os itens do CBCL 1½-5.

4.3.2.3 Avaliação do Perfil Psicológico Materno: *Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R*

Na avaliação do perfil psicológico materno foi usado o *Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R* (Derogatis, 1994), um questionário de autoavaliação (*self-report symptom inventory*) construído com o objetivo de fornecer uma medida padronizada do status psicológico e/ou psicopatológico dos adultos. Segundo Derogatis (1994), o SCL-90-R não é uma medida direta da personalidade, mas uma medida atual do status dos sintomas psicológicos. De modo indireto, as dimensões primárias do SCL-90 podem oferecer um perfil característico de alguns tipos de transtornos que são descritos no Eixo II do DSM (APA, 1994).

O SCL-90-R é composto de 90 itens projetados com o objetivo de revelar os perfis dos sintomas psicológicos de grupos clínicos e de controle. Cada item do questionário é avaliado em uma escala de cinco pontos, que deve ser assinalado pela pessoa que responde entre as seguintes possibilidades: nunca, um pouco, moderadamente, muito ou muitíssimo. O SCL-90-R é codificado e interpretado segundo nove dimensões (Derogatis e Cleary, 1977a, 1977b, citado por Derogatis, 1994). As nove dimensões de sintomas primários são Somatização (SOM), Obsessividade-compulsividade (O-C), Sensibilidade Interpessoal (I-S), Depressão (DEP), Ansiedade (ANX), Hostilidade (HOS), Ansiedade Fóbica (PHOB), Idéias Paranóides (PAR) e Sintomas Psicóticos (PSY). Os três índices globais de sofrimento psíquico (*Global Severity Index-GSI*, *Positive Symptom Distress Index-PSDI* e *Positive Symptom Total-PST*) foram criados para conceder mais flexibilidade à avaliação global do status psicopatológico do paciente e

oferecer um índice dos níveis ou da profundidade da sintomatologia e do sofrimento psíquico individual.

A dimensão Somatização reflete o sofrimento que emerge da percepção das funções corpóreas. A dimensão Obsessivo-compulsivo inclui sintomas que frequentemente são identificados com a síndrome homônima. A dimensão Sensibilidade Interpessoal se volta aos sentimentos de inadequação e de inferioridade, particularmente quando a pessoa se compara aos outros. A dimensão Depressão compreende uma gama significativa de manifestações clínicas da depressão. A dimensão Ansiedade mede os sinais gerais de ansiedade, como nervosismo, tensão e tremores, e ainda ataques de pânico e sentimentos de terror, inquietude e medo. A dimensão Hostilidade considera sentimentos ou comportamentos que são característicos dos afetos negativos de raiva. A dimensão Fobia é definida como uma persistente, irracional e desproporcional resposta de medo com relação a pessoas, lugares, objetos ou situações específicos. A dimensão Idéias Paranóides representa comportamentos paranóides, sobretudo com relação a um modo desordenado do pensar (Derogatis, 1994).

Na SCL-90-R existem sete Itens Adicionais que não se inserem em nenhuma das nove dimensões da escala. Estes itens acrescentam um valor em diversas dimensões da escala, mas não são completamente adaptados a nenhuma das dimensões. Embora não exista um critério estatístico para a inserção dos Itens Adicionais nas dimensões de sintomas primários, eles foram incluídos na escala pela sua importância clínica. Os Itens Adicionais participam da medida do score global da escala e da avaliação final.

O *Global Severity Index* (GSI) é um indicador do atual nível ou da profundidade dos transtornos psíquicos e é o mais preciso indicador do status psicológico da pessoa avaliada. O *Positive Symptom Distress Index* (PSDI) é uma medida do tipo de respostas que indica se existiu um aumento ou uma diminuição do estado de sofrimento e pode ser interpretado como uma medida da intensidade dos sintomas. O *Positive Symptom Total* (PST) se refere ao número dos sintomas mencionados em relação ao nível de sofrimento relatado (Derogatis, 1994).

O *Global Severity Index* é calculado a partir da soma dos pontos nas nove dimensões sintomáticas e dos Itens Adicionais, o total obtido é dividido pelo número total dos itens respondidos. O *Positive Symptom Total* é o resultado dos itens que tiveram respostas diferentes de zero, ou seja, que tiveram uma positividade dos sintomas.

Todos os dados provenientes das escalas de observação (*Feeding Resistance Scale* e *Feeding Scale*) e dos questionários preenchidos pelos genitores (CBCL 1½-5 e SCL-90-R) dos grupos clínicos e de controle participantes da presente pesquisa encontram-se relatados no capítulo seguinte.

CAPITULO 5: RESULTADOS

Os grupos clínicos da amostra de pesquisada foi composto de vinte crianças (n = 20) com diagnóstico de Transtorno Alimentar Pós-Traumático (TAPT) e de vinte crianças (n = 20) com diagnóstico de Anorexia Infantil (AI). O grupo de controle é composto de vinte crianças (n = 20) que não apresentam sintomas ou queixas de transtorno alimentar. Ao todo, foram analisadas sessenta crianças (n = 60).

5.1 Feeding Scale

As díades mãe-bebê dos Grupos Clínicos e do Grupo de Controle foram observadas, durante uma das principais refeições da criança, em uma sessão videoregistrada de vinte minutos. A observação foi avaliada através da *Feeding Scale* (Chatoor et al., 1998b; Ammaniti et al., 2006) e da *Feeding Resistance Scale* (Chatoor et al., 2001; Ammaniti et al., 2008).

A aplicação da *Feeding Scale* evidenciou diferenças significativas entre os dois Grupos Clínicos e o Grupo de Controle em relação as quatro subescalas da escala: Estado Afetivo da Mãe, Conflito Interativo, Comportamento de Recusa Alimentar da Criança, Estado Afetivo da Díade ($p < .001$). Nas quatro subescalas da SVIA, os resultados médios mais elevados foram encontrados no grupo clínico

Anorexia Infantil, seguido do grupo clínico Transtorno Alimentar Pós-Traumático. O Grupo de Controle obteve resultados significativamente mais baixos em todas as subescalas (Tabelas 11, 12 e 13).

TABELA 11: Pontuação média do Grupo Clínico TAPT nas subescalas da SVIA

Estado Afetivo da Mãe	Conflito Interativo	Comp. de Recusa Alimentar da Criança	Estado Afetivo da Díade
15,550	28,050	14,350	10,200

TABELA 12: Pontuação média do Grupo Clínica AI nas subescalas da SVIA

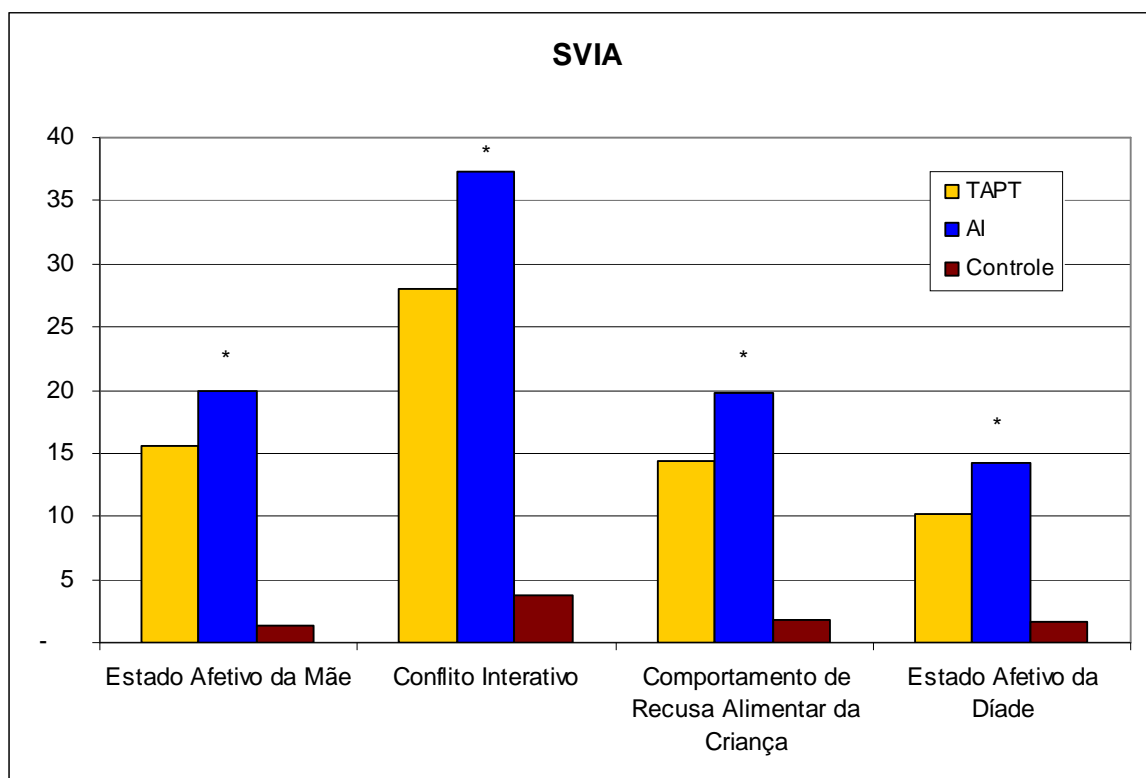
Estado Afetivo da Madre	Conflito Interativo	Comp. de Recusa Alimentar da Criança	Estado Afetivo da Díade
20,000	37,250	19,800	14,200

TABELA 13: Pontuação média do Grupo de Controle nas subescalas da SVIA

Estado Afetivo da Mãe	Conflito Interativo	Comp. de Recusa Alimentar da Criança	Estado Afetivo da Díade
1,300	3,750	1,850	1,600

A diferença mais relevante entre os Grupos Clínicos e o Grupo de Controle foi observada na dimensão Conflito Interativo, onde as crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático e com Anorexia Infantil apresentaram um elevado resultado com relação ao Grupo de Controle. No confronto entre os resultados dos dois grupos clínicos na *Feeding Scale*, o Grupo Clínico Transtorno Alimentar Pós-Traumático teve resultados mais baixos em todas as subescalas em relação ao Grupo Clínico de crianças com Anorexia Infantil (Gráfico 1).

GRÁFICO 1 – Feeding Scale

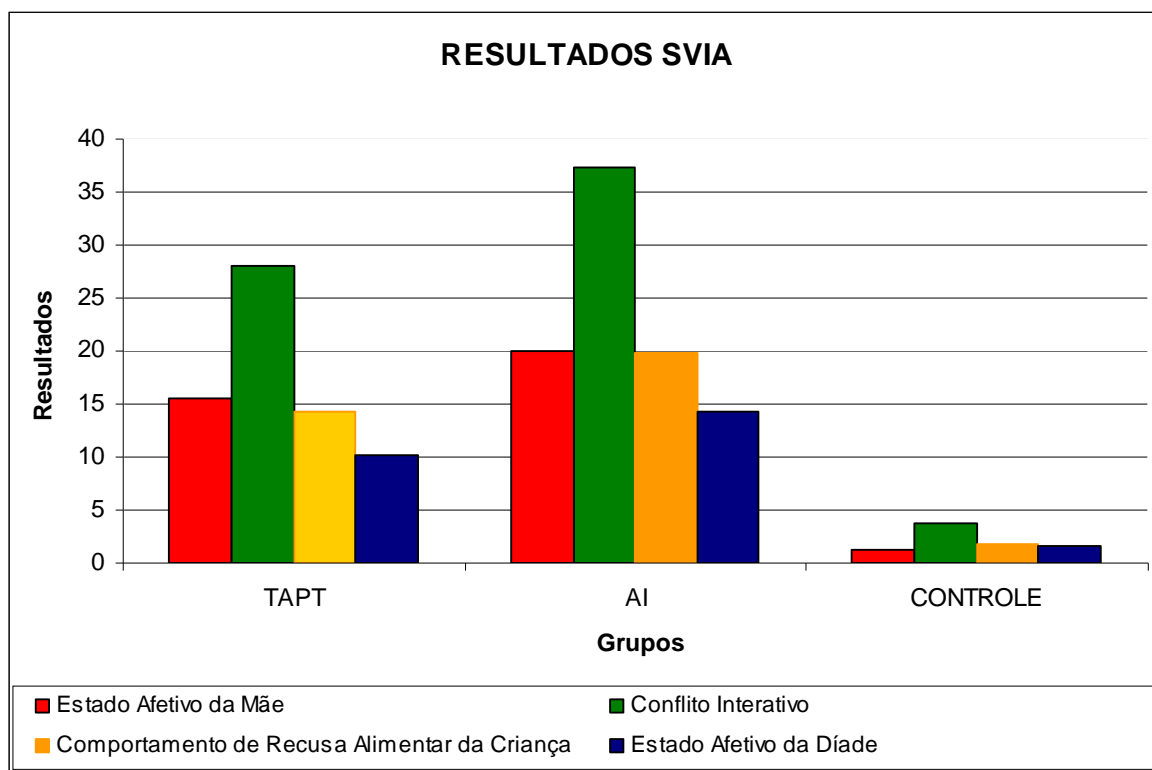


* = $p < 0,001$

Em uma comparação múltipla entre os grupos em relação às subescalas da SVIA, as diferenças entre os grupos foram significativas para todas as comparações ($p < ,001$). O Grupo Clínico Transtorno Alimentar Pós-Traumático teve na escala Estado Afetivo da Mãe um resultado médio igual a 4,45 pontos mais baixo que o Grupo Clínico Anorexia Infantil, e 14,45 pontos médios a mais que o Grupo de Controle. Na subescala Conflito Interativo, o Grupo Clínico Transtorno Alimentar Pós-Traumático teve um resultado médio de 9,20 pontos mais baixo que o Grupo Clínico Anorexia Infantil, e 24,30 pontos médios a mais que o Grupo de Controle. Na subescala Comportamento de Recusa Alimentar da Criança, o Grupo Clínico Transtorno Alimentar Pós-Traumático teve um resultado médio de 5,45 pontos mais baixo que o Grupo Clínico Anorexia Infantil, e 12,50 pontos médios a mais que o Grupo de Controle. Na subescala Estado Afetivo da Díade, o Grupo Clínico Transtorno Alimentar Pós-Traumático teve um resultado médio de 4,00 pontos mais baixo que o Grupo Clínico Anorexia Infantil, e 8,60 pontos médios a mais que o Grupo de Controle.

O Grupo de Controle teve resultados significativamente mais baixos em todas as subescalas quando comparados aos Grupos Clínicos. Os resultados mais elevados no Grupo Clínico Transtorno Alimentar Pós-Traumático e no Grupo de Anorexia Infantil foram obtidos na subescala Conflito Interativo, seguida das subescalas Estado Afetivo da Mãe, Comportamento de Recusa Alimentar da Criança e Estado Afetivo da Díade. O Grupo Anorexia Infantil obteve pontuações mais elevadas em todas as subescalas quando comparado ao Grupo Transtorno Alimentar Pós-Traumático (Gráfico 2).

GRÁFICO 2 – RESULTADOS SVIA POR GRUPO



5.2 Feeding Resistance Scale

A *Feeding Resistance Scale* (Chatoor et al., 2001) foi criada para a observação direta da criança e da mãe no momento da refeição, quando a história clínica indica a possível presença de um Transtorno Alimentar Pós-Traumático.

Na *Feeding Resistance Scale* (Resistência Pré-oral I – *Ansiedade Antecipatória*; Resistência Pré-oral II – *Angústia e Resistência à Comida*; Resistência Intra-oral – *Resistência à ingestão de comidas*) as crianças do Grupo

Clínico Transtorno Alimentar Pós-Traumático obteve resultados médios significativamente mais elevados ($p < ,001$) em todas as subescalas, quando confrontado ao Grupo Clínico Anorexia Infantil e ao Grupo de Controle (Tabela 14).

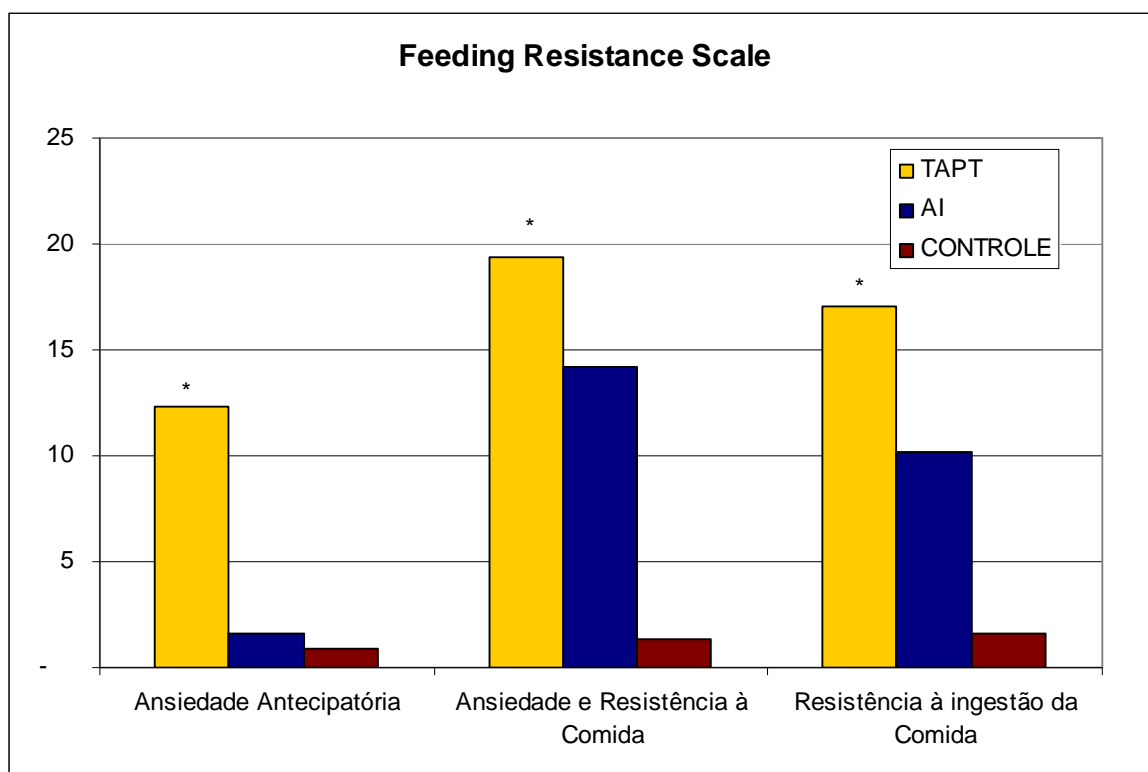
TABELA 14 – RESULTADOS MÉDIOS NA *FEEDING RESISTANCE SCALE*

Grupo Clínico TAPT		
Resistance I	Resistance II	Resistance III
12,300	19,350	17,050
Grupo Clínico AI		
Resistance I	Resistance II	Resistance III
1,650	14,200	10,150
Grupo de Controle		
Resistance I	Resistance II	Resistance III
0,900	1,350	1,600

Em todas as dimensões, os resultados das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático foram significativamente mais elevados com relação às crianças do Grupo Anorexia Infantil e ao Grupo de Controle. A diferença entre os grupos foi particularmente marcante na dimensão *Ansiedade Antecipatória* (Resistência Pré-oral I) que se refere ao estresse da criança no momento dos preparativos para iniciar a refeição, antes de iniciar a alimentação propriamente

dita, e que se constitui um dos sintomas mais relevantes do Transtorno Alimentar Pós-Traumático. Nesta dimensão, o grupo de crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático obteve resultados muito mais elevados que e o grupo de crianças com Anorexia Infantil e o Grupo de Controle ($p < ,001$) e não houve diferença significativa entre o Grupo Anorexia Infantil e o Grupo de Controle ($p = N.S.$).

GRÁFICO 3 – Feeding Resistance Scale



* = $p < 0,001$

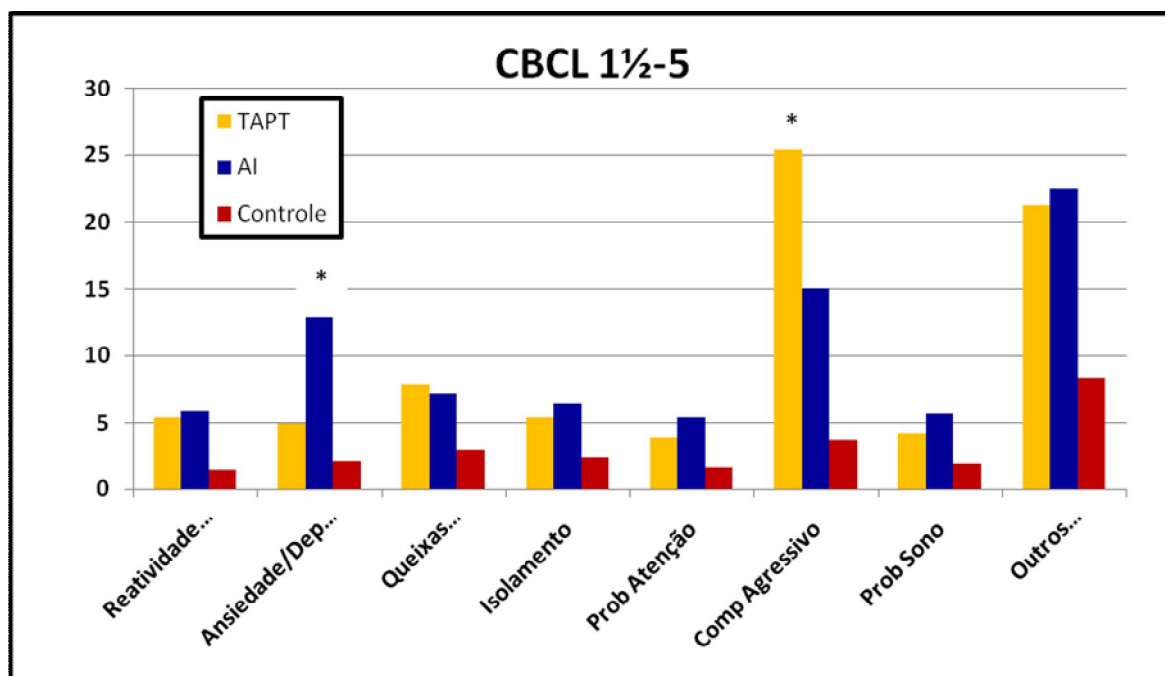
5.3 Child Behavior Checklist 1½-5 – CBCL 1½-5

Os perfis do CBCL 1½-5 (Achenbach e Rescorla, 2000) são divididos nas seguintes escalas: I - Reatividade emocional, II – Ansiedade / Depressão, III – Queixas Somáticas, IV - Isolamento, VI - Problemas de Atenção e VII - Comportamento Agressivo e uma escala extra chamada V - Problemas do Sono. Estas escalas são agrupadas em três escalas: Comportamentos Internalizantes, Comportamentos Externalizantes e Total de Problemas de Comportamento (Comportamentos Internalizantes e Comportamentos Externalizantes). A Escala de Comportamentos Internalizantes inclui as seguintes escalas individuais: Reatividade Emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas e Isolamento. A Escala Externalizante é composta das seguintes escalas individuais: Problemas de Atenção e Comportamento Agressivo. O Gráfico 4 demonstra a comparação entre os três grupos diversas escalas.

As crianças dos Grupos Clínicos Transtorno Alimentar Pós-Traumático e Anorexia Infantil obtiveram resultados médios significativamente mais elevados em todas as dimensões quando comparados ao Grupo de Controle ($p < .001$). As crianças do Grupo Clínic Transtorno Alimentar Pós-Traumático tiveram resultados particularmente elevados na dimensão Comportamento Agressivo quando comparadas às crianças do Grupo Clínic Anorexia Infantil e ao Grupo de Controle ($p < .001$). Os resultados das crianças com Anorexia Infantil foram particularmente elevados na dimensão Ansiedade/Depressão em relação às

crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático e às crianças do Grupo de Controle ($p < .001$). Os resultados médios das crianças do Grupo Clínico Transtorno Alimentar Pós-Traumático e Anorexia Infantil não tiveram diferenças estatisticamente relevantes nas Escalas Internalizantes: Reatividade Emocional, Queixas Somáticas e Isolamento ($p = N.S.$) (Gráfico 4).

GRÁFICO 4 – CBCL 1½-5

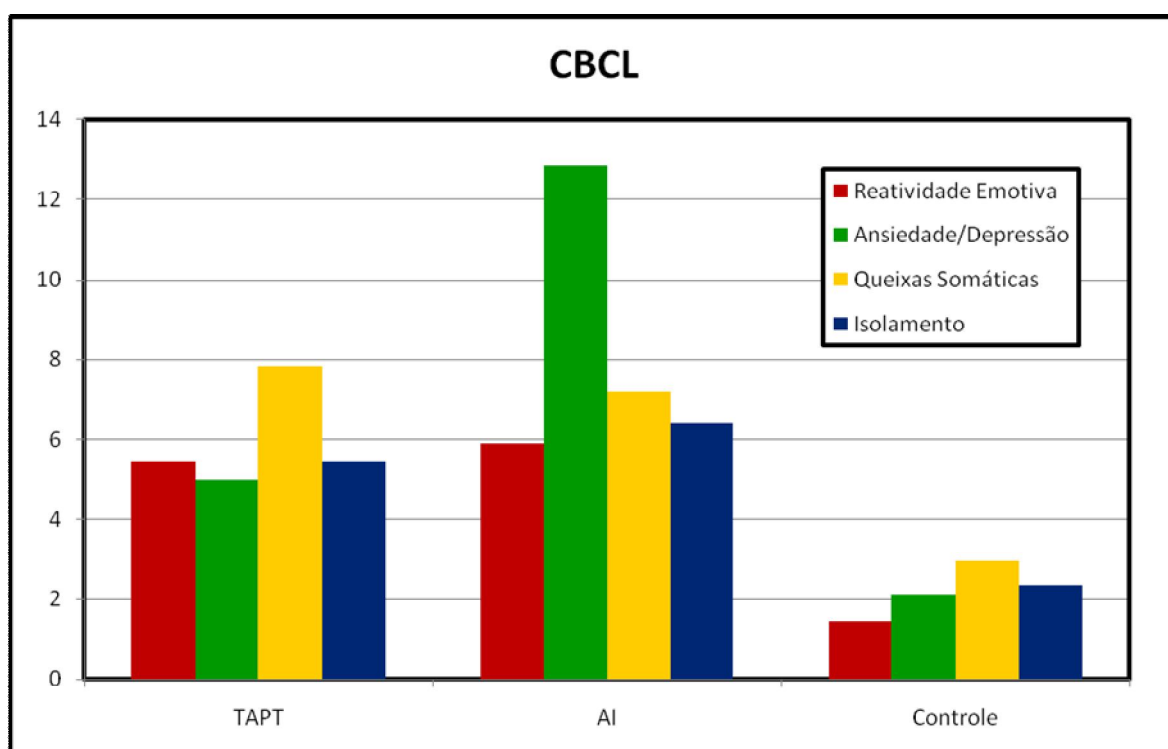


* = $p < 0,001$

A dimensão Ansiedade/Depressão no Grupo Anorexia Infantil se apresenta significativamente mais elevada se comparada a mesma dimensão no Grupo Transtorno Alimentar Pós-Traumático e no Grupo de Controle, e também se comparada às outras dimensões dentro do mesmo Grupo Anorexia Infantil. No

Grupo Transtorno Alimentar Pós-Traumático, a dimensão Queixas Somáticas teve o resultado mais elevado comparado às outras dimensões deste Grupo (Gráfico 5).

GRÁFICO 5 – CBCL 1½-5 – Escalas Internalizantes – Resultados por Grupo



5.4 Symptom Checklist-90-Revised – SCL-90-R

Para a avaliação do perfil psicológico materno foi usado o *Symptom Checklist-90-Revised, SCL-90-R* (Derogatis, 1994). Este questionário é composto por nove dimensões de sintomas primários: Somatização (SOM), Obsessividade-compulsividade (O-C), Sensibilidade Interpessoal (I-S), Depressão (DEP), Ansiedade (ANX), Hostilidade (HOS), Ansiedade Fóbica (PHOB), Idéias Paranóides (PAR) e Sintomas Psicóticos (PSY). Os sintomas primários são agrupados em três índices globais de sofrimento: *Global Severity Index-GSI*, *Positive Symptom Distress Index-PSDI* e *Positive Symptom Total-PST*, que foram criados para conceder mais flexibilidade à avaliação global do status psicopatológico do paciente e oferecer um índice dos níveis ou da profundidade da sintomatologia e do sofrimento psicológico individual (Tabela 15).

TABELA 15 – SCL-90-R – Índices Globais – Resultados por Grupo

Dimensões	TAPT	AI	Controle
GSI	1,539	1,988	,173
PST	62,200	74,400	13,300
PSDI	2,228	2,413	1,153

As mães dos dois grupos clínicos da pesquisa tiveram resultados médios significativamente mais elevados de Sofrimento Psíquico (*Global Severity Index/GSI*, $p<.001$), em relação ao Grupo de Controle, seja no número de sintomas referidos (*Positive Symptom Total/PST*, $p<.001$), seja na intensidade do sofrimento percebido e associado aos mesmos (*Positive Symptom Distress Index/PSDI*, $p<.001$) (Gráficos 6, 7 e 8).

GRÁFICO 6 – SCL-90-R – Global Severity Index (GSI)

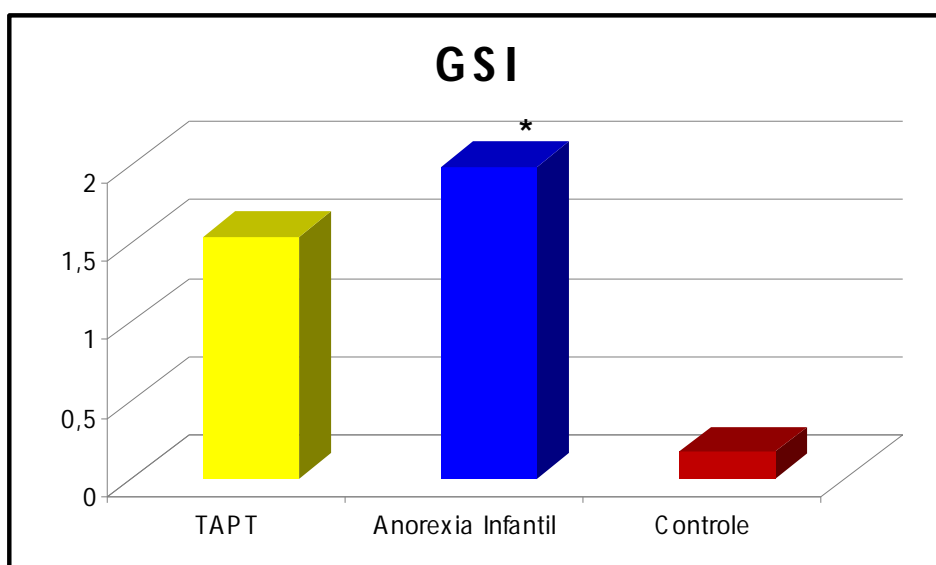


GRÁFICO 7 – SCL-90-R – Positive Symptom Distress Index (PSDI)

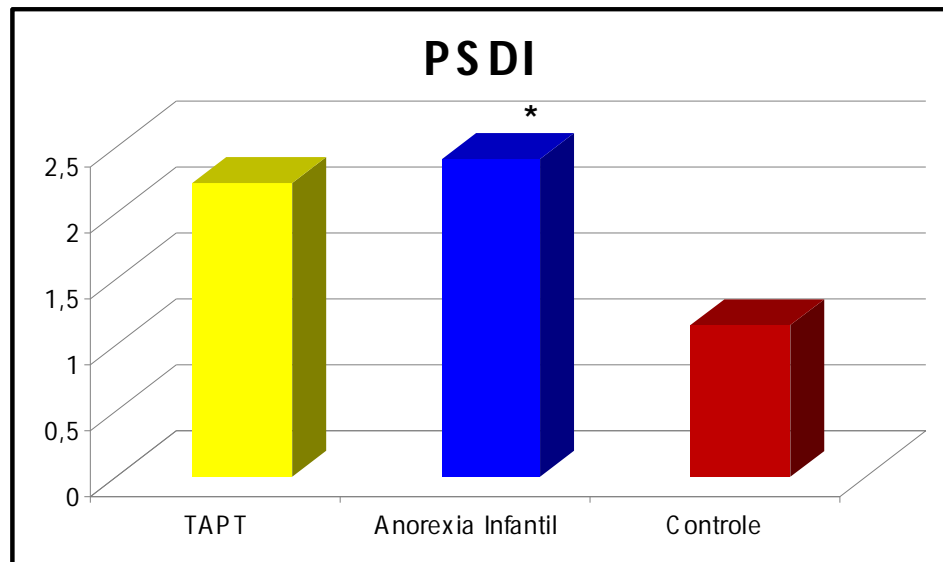
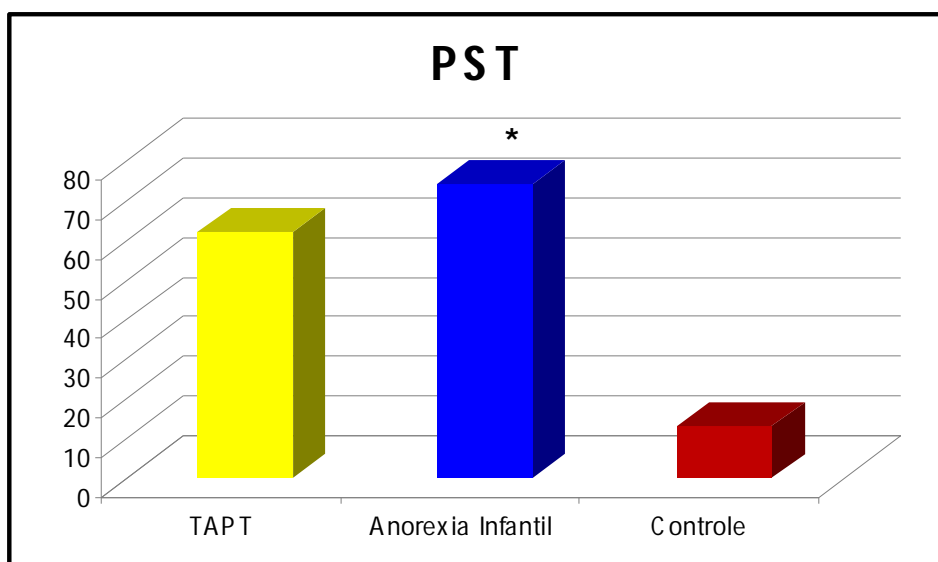
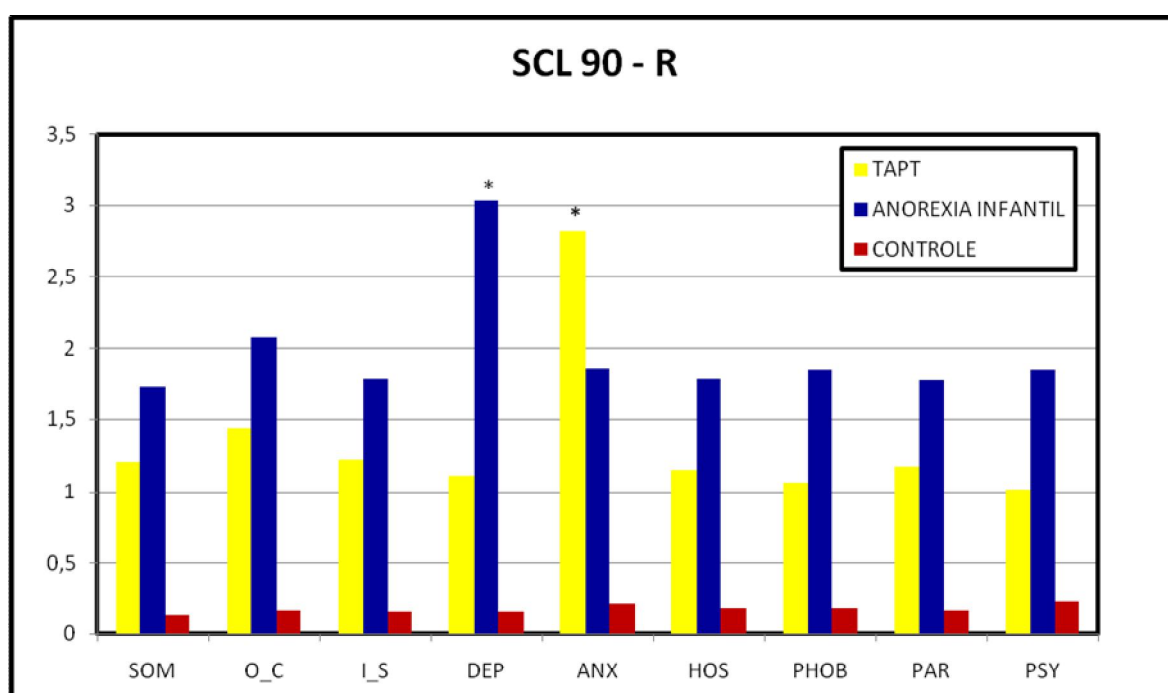


GRÁFICO 8 – SCL-90-R – Positive Symptom Total (PST)



Os resultados médios mais elevados obtidos pelas mães das crianças do Grupo Transtorno Alimentar Pós-Traumático foram encontrados na dimensão Ansiedade quando comparados aos resultados das mães das crianças do Grupo de Controle e às mães do Grupo Clínico Anorexia Infantil ($p < .001$). Os resultados médios mais elevados obtidos pelas mães das crianças com Anorexia Infantil foram encontrados na dimensão Depressão, quando comparados aos resultados das mães das crianças do Grupo de Controle e às mães do Grupo Clínico TAPT ($p < .001$) (Gráfico 9).

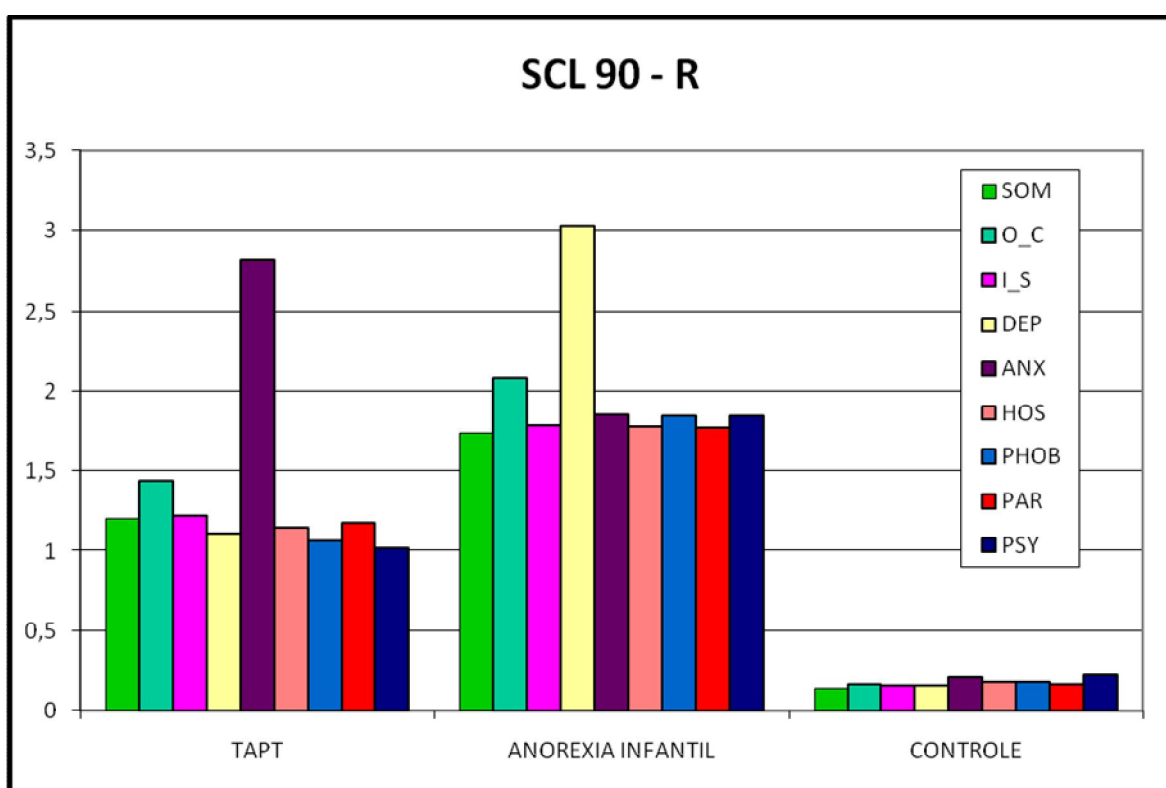
GRÁFICO 9 – SCL-90-R
Perfil Psicológico Materno



* = $p < .001$

Como demonstra o Gráfico 10, a dimensão Ansiedade no grupo de mães das crianças do Grupo Clínico Transtorno Alimentar Pós-Traumático e a dimensão Depressão no grupo de mães das crianças do Grupo Clínico Anorexia Infantil foram as dimensões com resultados mais elevados também se comparados os resultados destas dimensões com os resultados das outras dimensões dentro do mesmo grupo. Ou seja, a Ansiedade nas mães das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático e a Depressão nas mães das crianças com Anorexia Infantil são dimensões relevantes não apenas se comparados os resultados entre grupos, mas também se comparados os resultados obtidos dentro do mesmo grupo.

GRÁFICO 10 – SCL-90-R – RESULTADOS POR GRUPO



CAPÍTULO 6: DISCUSSÃO

O presente estudo dedicou-se à pesquisa das características do Transtorno Alimentar Pós-Traumático na primeira infância, sobretudo na sua diferenciação da Anorexia Infantil. Foram examinados os comportamentos alimentares e o perfil psicológico das crianças, o perfil psicológico materno e as características da interação alimentar mãe-criança.

Segundo estudos anteriores (Benoit e Coolbear, 1998; Chatoor et al., 2001), o principal critério diagnóstico do Transtorno Alimentar Pós-Traumático é a existência de uma intensa e persistente recusa alimentar, associada a um evento traumático precedente ligado à alimentação ou ao sistema digestório. Segundo Chatoor et al. (2001), este transtorno pode ser associado a episódios reais desprazerosos ou aterrorizantes ligados à esfera alimentar (sufocamento, obstrução por comida, vômito severo) ou a procedimentos médicos que envolveram a orofaringe e o esôfago (sonda nasogástrica ou intubação). Além disso, a literatura especializada reporta uma correlação entre o Transtorno Alimentar Pós-Traumático e a presença do Refluxo Gastroesofágico. Contudo, existem alguns estudos (Chatoor et al., 2001) que afirmam que apenas um pequeno grupo de crianças com Refluxo Gastroesofágico desenvolveu um Transtorno Alimentar Pós-Traumático. Dellert et al (1993) afirmam que não existe diferença, quando se considera a patologia orgânica (refluxo

gastroesofágico ou esofagite), entre as crianças que desenvolveram o Transtorno Alimentar Pós-Traumático e aquelas que não desenvolveram.

Ao mesmo tempo, a clínica revela que não existe uma relação de causa e efeito entre os procedimentos médicos no âmbito do sistema digestório e o Transtorno Alimentar Pós-Traumático, ou seja, não são todas as crianças que vivenciam experiências de náusea, sufocamento, vômito ou manipulação da orofaringe, que desenvolvem um Transtorno Alimentar Pós-Traumático. Chatoor et al (2001) sugerem que se deve estudar de modo mais detalhado, as características do temperamento, a reatividade fisiológica e a co-morbidade com transtornos de ansiedade, para compreender melhor a fenomenologia do Transtorno Alimentar Pós-Traumático na infância.

As crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático que participaram da presente pesquisa apresentam uma história clínica de refluxo gastroesofágico de grau severo devido a uma atresia esofágica. Os dados desta pesquisa revelaram que, segundo os genitores, as crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático e com Anorexia Infantil mostram mais Reatividade Emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Isolamento e Comportamento Agressivo que as crianças sem transtornos alimentares.

Com relação às características psicológicas, é importante ressaltar que, no presente estudo, as crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático tiveram resultados mais elevados de Comportamento Agressivo e de Queixas Somáticas quando comparadas às crianças com Anorexia Infantil. No entanto, a diferença entre esses dois grupos foi significativa apenas na dimensão relativa à agressividade ($p < .001$). Por outro lado, o grupo de crianças com

Anorexia Infantil estudado na presente pesquisa revelou como características mais relevantes a Ansiedade e a Depressão. Em suma, a partir dos resultados obtidos, se pode afirmar que, nos grupos estudados, o Comportamento Agressivo nas crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático e a Ansiedade e a Depressão nas crianças com Anorexia Infantil são os suas características mais significativas.

A partir destes resultados, pode-se elaborar a hipótese de que a vivência das situações traumáticas na história de vida das crianças que desenvolveram um Transtorno Alimentar Pós-Traumático pode ter desencadeado nestas crianças uma defesa agressiva como modo de proteger-se do sofrimento vivido associado à alimentação. Por outro lado, a dificuldade do estabelecimento de relações de apego encontrada na díade mãe-bebê de crianças com diagnóstico de Anorexia Infantil pode está relacionada aos elevados resultados de Ansiedade e Depressão nestas crianças e de Depressão em suas mães.

Na presente pesquisa, as Queixas Somáticas não comparecem como uma característica diferencial relevante entre as crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático e as crianças com Anorexia Infantil. A diferença encontrada nesta dimensão é significativa apenas na comparação realizada entre as crianças com transtorno alimentar (Grupos Clínicos TAPT e AI) e as crianças do Grupo de Controle. Porém, é interessante assinalar que, depois do Comportamento Agressivo, as Queixas Somáticas são as mais referidas pelos genitores das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático. A partir desta constatação, se pode supor que este fato se deve à precedente presença dos problemas orgânicos graves nas crianças analisadas que se

estabeleceram como marca no funcionamento físico e psíquico destas crianças, mas que não pode ser tomada como uma característica diferencial entre o Transtorno Alimentar Pós-Traumático e a Anorexia Infantil.

Em consonância com estudos precedentes (Chatoor et al., 2001), as crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático analisadas nesta pesquisa revelaram um acentuado nível de recusa alimentar. A característica mais marcante da recusa alimentar das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático e que diferencia estas crianças daquelas com diagnóstico de Anorexia Infantil, aqui estudadas, refere-se, sobretudo, ao elevado nível de sofrimento, estresse e medo que essas crianças revelam na fase pré-oral da alimentação, ou seja, na fase em que a criança e o ambiente se preparam para iniciar a sessão alimentar.

Este dado também aparece em outras pesquisas (Chatoor et al., 2001) e é associado à lembrança da experiência traumática em torno da alimentação que a criança vivenciou anteriormente e que lhe trazida à memória quando a mesma se encontra na situação de alimentação. Além da resistência pré-oral, as crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático, estudadas na presente pesquisa, revelaram como característica importante uma acentuada resistência em deglutir o alimento que lhe foi oferecido. Portanto, a partir dos resultados obtidos se pode sustentar que a ansiedade antecipatória e os comportamentos defensivos da criança antes que a comida lhe seja oferecida, a resistência em aceitar a comida que lhe é oferecida e a resistência em ingerir e deglutir a comida que lhe é colocada na boca se confirmam, na presente pesquisa, como

as principais características do comportamento alimentar da criança com Transtorno Alimentar Pós-Traumático.

É importante evidenciar que, neste estudo, a *Feeding Resistance Scale* se confirma como um importante instrumento no processo diagnóstico do Transtorno Alimentar Pós-Traumático e na sua diferenciação da Anorexia Infantil. Ao mesmo tempo, a utilização da *Feeding Scale – Observational Scale for Mother-Infant Interaction during Feeding* (Chatoor et al., 1998b; na adaptação italiana *Scala di Valutazione dell'Interazione Alimentare Madre-Bambino / SVIA*, Ammaniti et al., 2006), na presente pesquisa, ofereceu uma avaliação eficaz da interação mãe-bebê durante a alimentação. Como principal característica dos grupos clínicos, a *Feeding Scale* revelou a presença de um intenso Conflito Interativo no momento da alimentação entre a criança e a mãe. As crianças com transtornos alimentares, quando comparadas às crianças do Grupo de Controle, tiveram resultados significativamente mais elevados em todas as subescalas da *Feeding Scale* (Estado Afetivo da Mãe, Conflito Interativo, Comportamento de Recusa Alimentar da Criança, Estado Afetivo da Díade).

É interessante observar que, embora na *Feeding Resistance Scale* as crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático tenham alcançado pontuações muito mais elevadas que as crianças com Anorexia Infantil na avaliação da resistência à comida, na *Feeding Scale* a avaliação do comportamento de recusa alimentar da criança e o conflito interativo (que também avalia alguns comportamentos de recusa alimentar da criança) tiveram resultados significativamente mais elevados entre as crianças com Anorexia

Infantil. Uma interpretação possível para essa inversão na posição dos grupos clínicos em relação a este item, pode ser encontrada nas próprias características das escalas utilizadas. Enquanto a *Feeding Resistance Scale* é um instrumento com o objetivo de avaliar o comportamento de recusa alimentar, a *Feeding Scale* é um instrumento destinado à avaliação da interação mãe-bebê no momento da alimentação, revelando, principalmente elementos ligados à interação. Deste modo, o uso conjunto dos dois instrumentos, na presente pesquisa, se revelou complementar e de grande importância na ampliação dos diversos aspectos avaliados.

Os resultados revelados a partir da observação da sessão alimentar da mãe e da criança nos permitem afirmar que, nos grupos estudados nesta pesquisa, o elevado Conflito Interativo revelado pelas crianças com transtorno alimentar aparece em estreita relação com o Estado Afetivo da Mãe e com o Comportamento de Recusa Alimentar da Criança. Estes dados conduzem à conclusão de que estes aspectos interagem entre si contribuindo para o aumento ou a diminuição de sua presença na interação alimentar mãe-bebê das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático e com Anorexia Infantil. O Estado Afetivo da Díade também aparece como um fator importante na interação alimentar destas crianças, mas, dentre os fatores analisados, foi o que revelou menor interferência nas dificuldades alimentares da criança.

Dentre os dados revelados na presente pesquisa, merece destaque os elevados resultados na dimensão Conflito Interativo, nos grupos de crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático e com Anorexia Infantil. Estes resultados revelam a existência de interações disfuncionais, ligadas a uma

comunicação conflitual, não colaborativa e não empática entre a mãe e a criança, durante as refeições.

No caso das crianças com Anorexia Infantil, a presença marcante de conflitos interativos entre a mãe e a criança pode ser compreendida a partir da observação de que este transtorno alimentar frequentemente inicia-se no período de transição à alimentação autônoma, quando a criança mostra muito interesse nas atividades lúdicas e na exploração do ambiente, em contrapartida a um escasso apetite. Em consequência, é frequente a luta pelo controle entre a criança e o cuidador, sobretudo no momento das refeições, quando a criança demonstra mais interesse pelo brincar do que pela situação alimentar (Chatoor et al., 2001).

Com relação às crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático, a intensa recusa alimentar frequentemente provoca ansiedade e desconforto no cuidador. Em consequência, observa-se um intenso conflito onde estão presentes fatores referentes à criança e à mãe. Do lado do cuidador, a interação torna-se difícil em consequência de comportamentos maternos que dificultam a interação alimentar com a criança. Segundo os critérios da *Feeding Scale*, dentre tais comportamentos, estão presentes o comportamento materno de conduzir a refeição sem perceber os sinais da criança, interromper ou terminar a alimentação causando incômodo na criança, exprimir desaprovação ou crítica com relação ao modo como a criança se alimenta, limitar os movimentos da criança, fazer frequentes e insistentes diretivas e/ou solicitações à criança, manifestar incômodo durante grande parte da sessão alimentar, regular a alternância de pausas e dos turnos com o filho no curso da

refeição de modo rígido ou pouco flexível. Da parte da criança, os elevados resultados referentes ao Conflito Interativo no momento das refeições estão relacionados à presença de comportamentos persistentes de recusa alimentar e de desconforto, provavelmente em resposta ao controle, à intrusividade, à falta de sensibilidade e de continência materna.

O alto índice de Conflito Interativo nos grupos clínicos estudados pode também ser interpretado a partir da proposta de Sander (1975) sobre os eventos da interação mãe-bebê que são considerados o ponto de partida das questões de adaptação negociadas interativamente entre a criança e o seu cuidador, segundo o período no qual é mais frequente que tais adaptações aconteçam. Considerando que, na presente pesquisa, a faixa de idade das crianças se situa entre dezessete e trinta e seis meses, se pode pensar que as principais questões com as quais a díade mãe-bebê se depara são sobretudo a Auto-afirmação (que se apresenta dos catorze aos vinte meses de idade), e o Reconhecimento e a questão da “continuidade ou constância do Eu” (entre os dezoito e os trinta e seis meses) (Sander, 1975).

Deste modo, se pode sustentar que o alto índice de conflito interativo presente nos grupos clínicos evidencia provavelmente dificuldades nas demandas de negociação entre mãe-bebê presentes nesta faixa etária e que se referem, por um lado, ao incremento da autonomia da criança e, por outro lado, às restrições à vontade da criança colocadas pelos genitores. A partir do perfil de interação revelado neste estudo, se pode supor que a coordenação recíproca nas díades mãe-bebê das crianças com transtornos alimentares estudadas é problemática. Em consequência, a ruptura do equilíbrio das trocas

com o cuidador revelada no momento da refeição pode ser interpretada como uma dificuldade de interação da díade que interfere nas condições emocionais da criança (Sander, 1975).

Às dificuldades interacionais reveladas pela díade mãe-bebê nos grupos clínicos desta pesquisa, acrescentam-se ainda as condições de saúde das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático que foram submetidas a intervenções médicas em consequência de graves problemas de saúde. Além disso, o elevado índice de comportamento agressivo revelado por essas crianças impõe uma maior exigência de negociação à interação mãe-bebê, já posta em condições especiais, quanto ao requisito negociação, em consequência da faixa etária. Segundo Sander (1975), na faixa etária estudada, o comportamento agressivo e destrutivo é dotado de direcionalidade e de intencionalidade, exigindo da mãe uma maior capacidade de negociação com a criança. Na presença de conflitos, a restauração sucessiva das condições de equilíbrio é necessária para a vivência de uma importante experiência de superação quanto à constância do Ser, por parte da criança.

Quanto ao perfil psicológico das mães, o presente estudo revelou que as mães das crianças com transtornos alimentares apresentam um nível mais alto de sofrimento psíquico em relação às mães das crianças que não apresentam transtornos alimentares. As mães das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático e com Anorexia Infantil relataram número e intensidade de sintomas muito mais elevados que as mães das crianças do grupo de controle. A presença de um alto índice de sintomas depressivos nas mães das crianças com Anorexia Infantil e a elevada ansiedade nas mães das crianças com

Transtorno Alimentar Pós-Traumático demonstram a existência de características maternas que provavelmente contribuem de modo significativos para as dificuldades de interação mãe-bebê evidenciada na presente pesquisa, certamente por interferirem na disponibilidade materna de negociação com a criança.

Por fim, este estudo confirma a hipótese inicial de que os fatores de origem psíquica presentes no Transtorno Alimentar Pós-Traumático interferem na interação mãe-bebê e se referem tanto à criança quanto à mãe, podendo, em algumas díades, referir-se a ambos. Foi corroborada, ainda, a hipótese já comprovada em outros estudos, que a principal característica do comportamento alimentar da criança com Transtorno Alimentar Pós-Traumático é o acentuado medo da situação alimentar e a ansiedade antecipatória, enquanto os modelos interativos mãe-bebê se caracterizam pela resistência à alimentação e pelo conflito diádico, sobretudo quando os genitores tentam alimentar a criança.

Como resultado significativo, pode-se afirmar que o presente estudo contribuiu para a diferenciação entre o Transtorno Alimentar Pós-Traumático e a Anorexia Infantil, quando colocou em evidência que o medo e a ansiedade antecipatória juntamente com o comportamento agressivo são as principais características das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático enquanto a ansiedade e depressão infantil e a dificuldade de interação entre a mãe e a criança revela-se como a principal característica do grupo de crianças com Anorexia Infantil.

Por fim, pode-se sustentar que a observação da interação alimentar mãe-bebê é um importante instrumento para o diagnóstico dos transtornos alimentares infantis estudados e para a identificação dos critérios diferenciais entre o Transtorno Alimentar Pós-Traumático e a Anorexia Infantil.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa colocou em evidência importantes características do Transtorno Alimentar Pós-Traumático na faixa etária entre os dezessete e os trinta e seis meses de vida. Alguns dados, como o medo e a ansiedade antecipatória foram anteriormente confirmados por outros estudos (Chatoor et al., 1988, 2001, 2003; Benoit e Coolbear, 1998).

O que emerge como relevante na presente pesquisa é a significativa presença do comportamento agressivo como uma das principais características do comportamento das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático e a depressão na Anorexia Infantil. Além disso, o uso de duas escalas de observação da interação alimentar mãe-bebê (a *Feeding Resistance Scale* e a *Feeding Scale*), no presente estudo, revelou-se como um importante procedimento no diagnóstico diferencial entre o Transtorno Alimentar Pós-Traumático e a Anorexia Infantil, sobretudo porque as duas escalas evidenciaram informações complementares. Enquanto a *Feeding Resistance Scale* se revelou como um importante instrumento de avaliação da recusa alimentar da criança, a *Feeding Scale* reportou relevantes dados diferenciais sobre a interação alimentar mãe-bebê entre os grupos clínicos e o grupo de controle. Com relação à recusa alimentar, aparece com grande relevo a recusa pré-oral das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático. Ao mesmo tempo, na avaliação da interação alimentar mãe-bebê o Conflito Interativo surge como a principal

característica diferencial entre as crianças com transtornos da alimentação e o grupo de controle.

No que se refere às características maternas, o presente estudo revela que as mães dos grupos clínicos fazem referência a um maior número de sintomas e evidenciam um status psicológico mais profundo e intenso, com relação aos sintomas referidos, do que as mães do grupo de controle. Na especificação dos sintomas, a ansiedade desponta como uma relevante característica das mães das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático e a depressão nas mães das crianças com Anorexia Infantil. Estes dados são bastante relevantes na interpretação do modelo de interação marcado sobretudo pelo conflito interativo nas díades mãe-bebê dos grupos clínicos do presente estudo e confirmam as hipóteses de que a origem dos fatores psíquicos presentes no Transtorno Alimentar Pós-Traumático se refletem na interação mãe-bebê e se referem tanto às características psicológicas da criança quanto às características maternas.

No entanto, os estudos que analisam o Transtorno Alimentar Pós-Traumático ainda são raros. Deste modo, é necessário que outros estudos se dediquem a analisar mais profundamente as características psíquicas da criança com Transtorno Alimentar Pós-Traumático. É importante que algumas questões possam ser esclarecidas, como por exemplo, quais as condições que precedem o aparecimento do Transtorno Alimentar Pós-Traumático e que concorrem para que algumas crianças desenvolvam um intenso medo em consequência de experiências de náuseas, vômito ou sufocamento por comida ou manipulação da orofaringe. A partir disto, é importante que se desenvolva um estudo onde se possa confrontar entre crianças que foram submetidas ao mesmo intervento e

desenvolveram o Transtorno Alimentar Pós-Traumático e aquelas que foram submetidas a intervenções semelhantes, mas não desenvolveram o Transtorno Alimentar Pós-Traumático.

Com relação a análise do perfil materno, os resultados do presente estudo permite formular a hipótese que a ansiedade e a depressão reveladas pelas mães analisadas, provavelmente, podem ser entendidas como fatores que impediram o amparo às necessidades da criança e que contribuíram para o aparecimento do transtorno alimentar. Porém, é necessário realizar estudos que permitam aprofundar o conhecimento sobre o status psicológico das mães das crianças com Transtorno Alimentar Pós-Traumático e as características da interação alimentar para identificar o perfil materno que favorece a superação das dificuldades iniciais presentes na origem do transtorno, bem como, melhor compreender as interações de risco existente precedentemente e que podem atuar como fator desencadeante dos Transtornos Alimentares Pós-Traumático.

A compreensão cada vez mais aprofundada do Transtorno Alimentar Pós-Traumático é fundamental, tendo em vista que é um transtorno que pode comprometer o desenvolvimento da criança não apenas na área da alimentação, mas também no âmbito das inter-relações e da constituição psíquica. Deste modo, as pesquisas que possam contribuir para particularizar, cada vez mais, as causas presentes ao aparecimento deste transtorno podem oferecer uma contribuição relevante à prevenção do mesmo e se revestem de uma importância adicional.

A PESQUISA SOBRE OS TRANSTORNOS ALIMENTARES INFANTIS NO BRASIL

As pesquisas empíricas sobre os transtornos alimentares infantis desenvolvidas no Brasil ainda são raras. Dentre os estudos existentes, destaca-se a pesquisa desenvolvida por Vilela, Lamounier, Dellaretti Filho et al. (2004). Estes autores desenvolveram um estudo com 1807 estudantes, crianças e adolescentes, entre sete e dezenove anos, e concluem que existe uma alta frequência de transtornos alimentares. Os resultados alcançados são semelhantes àqueles obtidos nos países desenvolvidos. Segundo os autores:

- 13,3% dos estudantes analisados apresentam, provavelmente, um transtorno alimentar, com uma predominância significativa entre a população feminina;
- 59 % são insatisfeitos com a própria imagem corporal;
- 40% fazem dieta para emagrecer;
- 56% frequenta academia com o objetivo de perder peso;
- 12 % já tiveram episódios de bulimia;
- 10% já utilizaram medicação para perder peso.

Drent e Pinto (2007) desenvolveram um estudo com 25 crianças (média de idade = 45,68 meses) com diagnóstico de Refluxo Gastroesofágico e 40 crianças (idade média = 60,65 meses) escolhidas randomicamente em uma escola

elementar. O diagnóstico de transtorno alimentar foi feito a partir das anamneses, considerando as seguintes variáveis: referência a problemas de alimentação, tempo prolongado de alimentação, seletividade alimentar e dificuldade nos modelos de alimentação oral. Os autores concluem que as crianças com Refluxo Gastroesofágico revelam mais transtornos da alimentação do que as crianças do grupo de controle. Os transtornos da alimentação mencionados foram problemas relacionados à dificuldade de sugar, deglutir e mastigar.

Dentre os estudos teóricos, apresenta-se o artigo publicado por Gusmão (2000) que discute a classificação dos transtornos alimentares e faz referência à classificação proposta por Chatoor, mas não foram encontradas referências a pesquisas com a utilização de métodos de observação da interação alimentar mãe-bebê.

Considerando que a interação mãe-bebê é de fundamental importância na compreensão dos transtornos alimentares na infância, acredita-se que o desenvolvimento de pesquisas voltadas à investigação empírica dos transtornos alimentares infantis, bem como, a adaptação dos instrumentos de avaliação da interação são de grande importância no progresso das pesquisas brasileiras na área. Por esta razão, se defende a necessidade do desenvolvimento de pesquisas com uma amostra de crianças brasileiras, como um primeiro passo no desenvolvimento de procedimentos padronizados e adaptados às características da população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHENBACH, T.M. (1992). *Manual for the child behaviour checklist/2-3 and 1992 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
- ACHENBACH, T.M. & RESCORLA, L.A. (2000). *Manual for ASEBA preschool forms & profiles*. Burlington, University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- AINSWORTH, M. (1969). Object relations, dependency, and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child development*, Johns Hopkins University, 40, 969-1025. Site: <http://www.psychology.sunysb.edu> .
- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP) (2003). Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool (RDC-PA). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: The process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 42 (12), 1504-1512. Para informações posteriores consultar o site: www.infant institute.org
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*, 4th Ed, Washington, DC.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*, 4th Ed, Text Revised, Washington, DC.

- AMMANITI, M. (2001) (A cura di). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- AMMANITI, M., AMBRUZZI, A.M., LUCARELLI, L., CIMINO, S & D'OLIMPIO, F. (2004a). Malnutrition and Dysfunctional Mother-Child Feeding Interaction: Clinical assessment and Research Implications. *Journal of the American College of Nutrition*. 23 (3), 259-271.
- AMMANITI, M., LUCARELLI, L., CIMINO, S. & D'OLIMPIO, F. (2004b). Transmission intergenerazionale: troubles alimentaires de l'enfance et psychopathologie maternelle. *Devenir*, 16 (3), 173-198.
- AMMANITI, M., LOREDANA, L., CIMINO, S. & D'OLIMPIO, F. (2006). *Scala di Valutazione dell'Interazione Alimentare Madre-Bambino – S.V.I.A.*, adaptação italiana da *Feeding Scale* (Chatoor, I. et al., 1998). Manual, Versão 2.0., Corso SVIA, Facoltà di Psicologia, Università di Roma “La Sapienza”, Roma, Italia, Aprile, 2007.
- AMMANITI, M., LUCARELLI, L., CIMINO, S. & CENCIOTTI, F. (2008), Adattamento italiano della *Feeding Resistance Scale* di I. Chatoor, Manuscrito não publicado.
- ARCHER, L. A. & SZATMARI, P. (1990). Assessment and treatment of food aversion in a four year old boy: a multidimensional approach. *Canadian Journal of Psychiatry*. 35 (7), 501-555.
- ARTS-RODAS, D. & BENOIT, D. (1998). Feeding problems in infancy and early childhood: Identification and management. Canadian Paediatric Society. *Paediatrics and Child Health*, 3, 21–27.

- ARVEDSON, J. C. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 14, 118–127.
- BAGOLAN, P (2008). *L'Atresia dell'esofago*. Portale Sanitario Pediatrico – Ospedale Bambino Gesù: <http://www.ospedalebambinogesu.it>, site visitado em 22 12 2008.
- BARTON, R. & NICHOLLS, D. (2008). Management of eating disorders in children and adolescents. *Psychiatry*, 7 (4), 167-170.
- BENOIT, D (2000). Feeding disorders, failure to thrive, and obesity. In: Zeanah, C. H (Edited by) *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford Press.
- BENOIT, D., GREEN, D., & ARTS-RODAS, D. (1997). Post-traumatic feeding disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 577–578.
- BENOIT, D. & COOLBEAR, J. (1998). Post-traumatic feeding disorders in infancy: behaviors predicting treatment outcome. *Infant Mental Health Journal*. Michigan Association for Infant Mental Health. 19 (4), 409-421.
- BERNAL, M.E. (1972). Behavioral treatment of a child's eating problem. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 45-50.
- BIRCH, L.L. (1999). Development of food preferences. *Annual Review of Nutrition*, 19, 41-62.
- BLISSETT, HARRIS & KIRK, (2001). Feeding problems in Silver-Russell syndrome. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 43, 39–44.

- BLISSETT, J., MEYER, C., FARROW, C., BRYANT-WAUGH, R. & NICHOLLS, D. (2005). Maternal Core Beliefs and Children's Feeding Problems. *International Journal of Eating Disorders*. 37(2), 127–134.
- BLISSETT, MEYER & HAYCRAFT (2007). Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eating Behaviors*. 8, 311–318.
- BOWLBY, J. (1952). Maternal care and mental health. *World Health Organization*. 2nd ed. Palais des Nations, Geneva (Originally published in the *Bulletin of the World Health Organization*, 1951, 3, 355-534).
- BOWLBY, J. (1958). Psicanálise e cuidados com a criança. In *Formação e rompimento dos laços afetivos*. 4^a ed., São Paulo: Martins Fontes, pp. 13-42, 2006.
- BOWLBY, J. (1969). *Apego e perda: Apego, a natureza do vínculo* (Vol. 1, 2^a ed.). São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- BOWLBY, J. (1973). *Apego e perda: Separação, angústia e raiva* (Vol. 2, 3^a ed.). São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- BOWLBY, J. (1980). *Apego e perda: Perda, tristeza e depressão* (Vol. 3, 2^a ed.). São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- BOWLBY, J. (2006). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1982.
- CELIK, G., DILER, R.S., TAHIROGLU, A. Y. & AVCI, A. (2007). Fluoxetine in posttraumatic eating disorder in 2-year-old twins. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 17 (2), 233-236.

- CHATOOR, I. (1989). Infantile anorexia nervosa: a developmental disorder or separation and individuation. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*. 17(1), 43-64.
- CHATOOR, I. (1996). Feeding and other disorders of infancy or early childhood. In Tasman A., Kay J., Lieberman J., (Edited by). *Psychiatry*. Philadelphia: Saunders, pp. 638-701.
- CHATOOR, I. (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11(2):163-83.
- CHATOOR, I. (2003). Childhood Disorders: feeding and other disorders of infancy or early childhood. In Tasman A., Kay J., Lieberman J., (Edited by). *Psychiatry*. 2nd ed. Vol. 1, pp. 799-820. Chichester (UK): Wiley.
- CHATOOR, I. (2007). *A Classification of Six Feeding Disorders*. Presentazione al Corso SVIA, Facoltà di Psicologia, Università di Roma "La Sapienza", Roma, Italia, Aprile, 2007.
- CHATOOR, I. & EGAN, J. (1983). Nonorganic failure to thrive and dwarfism due to food refusal: a separation disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 22(3), 294-301.
- CHATOOR, I., CONLEY, C. & DICKSON, L. (1988). Food refusal after an incident of choking: a posttraumatic eating disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 27(1), 105-10.
- CHATOOR, I., GETSON, P., MENVIELLE, E., BRASSEAU, C., O'DONNELL, R., RIVERA, Y. & MRAZEK, D.A. (1997). A Feeding Scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. *Infant*

- Mental Health Journal*, Michigan Association for Infant Mental Health. 18: 76-91.
- CHATOOR, I., GANIBAN, J., COLIN, V., PLUMMER, N. & HARMON, R.J. (1998a). Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 37(11), 1217-24.
- CHATOOR, I., LOEFFLER, C., MCGEE, M. & MENVIELLE, E. (1998b) (a cura di). *Observational Scale for Mother-Infant Interaction During Feeding*. Manual, 2nd edition. Washington DC: Children's National Medical Center.
- CHATOOR, I, HIRSCH, R., GANIBAN, J., PERSINGER, M. & HAMBURGER, E. (1998c). Diagnosing infantile anorexia: the observation of mother-infant interactions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(9), 959-967.
- CHATOOR I, GANIBAN J, HIRSCH R, BORMAN-SPURRELL &, MRAZEK D.A. (2000). Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (6), 743– 75.
- CHATOOR, I., GANIBAN, J., HARRISON, J. & HIRSCH, R. (2001). Observation of feeding in the diagnosis of posttraumatic feeding disorder of infancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(5), 595-602.
- CHATOOR, I. & GANIBAN, J. (2003). Food Refusal by Infants and Young Children: Diagnosis and Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*. Association for Advancement of Behavior Therapy. 10, 138-146.

- CHATOOR, I., SULES, J., GANIBAN, J., BEKER, L., PAEZ, LM, KERZNER, B. (2004). Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. *Pediatrics*. 113(5):440-7.
- CHATOOR, I. & AMMANITI, M. (2007). Classifying feeding disorders of infancy and early childhood. In NARROW, W. E., FIRST, M. B., SIROVATKA, P. J., REGIER, S. A. (Edited by). *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis*. A Research Agenda for DSM-V. American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, VA, pp. 227-242.
- COOLBEAR, J. & BENOIT, D. (1999). Failure to thrive: risk for clinical Disturbance of attachment? *Infant Mental Health Journal*. 20(1), 87–104.
- COOPER, P.J., WHELAN, E., WOOLGAR, M., MORRELL, J. & MURRAY, L. (2004). Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *The British Journal of Psychiatry*. 184(3), 210-215.
- COSCIA, A., TAGLIANI, C., CAMASTRA, L., NUGNES, P. & APRILE, V. (2005). *Atresia Esofagea*. Unità Operativa Rianimazione Pediatrica. Azienda Ospedaliera di Bologna. Policlinico S. Orsola-Malpighi. Pubblicato su Infermierionline.net il 18.06.05.
- COULTHARD, H. & HARRIS, G. (2003). Early food refusal: the role of maternal mood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21, 335–345.
- COULTHARD, H., BLISSETT, J. & HARRIS, G. (2004). The relationship between parental eating problems and children's feeding behavior: a selective review of the literature. *Eating Behaviors*. 5: 103–115.

- CULBERT, T., KAJANDER, R., KOHEN, D. & REANEY, J. (1996) Hypnobebehavioral Approaches for School-Age Children with Dysphagia and Food Aversion: A Case Series. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 17(5), 335-341.
- DAHL, M. & SUNDELIN, C. (1992). Feeding problems in an affluent society. Follow-up at four years of age in children with early food refusal. *Acta Paediatrica*, 81, pp. 575-579.
- DAHL, M., RYDELL, A. M., & SUNDELIN, C. (1994). Children with early refusal to eat—Follow-up during primary school. *Acta Paediatrica*, 83, pp. 54–58.
- DELANEY, A.L. & ARVEDSON, J.C. (2008). Development of swallowing and feeding: prenatal through first year of life. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 14, 105 – 117.
- DELLERT, S. F., HYAMS, J.S., TREEM, W. R. & GEERTSMA, M. A. (1993). Feeding Resistance and Gastroesophageal Reflux in Infancy. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*. 17(1), 66-71.
- DEROGATIS, L.R. (1994) *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R*. Administration, Scoring, and Procedures Manual. Minneapolis: National Computer Systems.
- DISCIPIO, W. J., KASLON, K. & RUBEN, R. J. (1978). Traumatically acquired conditioned dysphagia in children. *Annals of Otolaryngology and Laryngology* 87, 509–514.
- DRENT; L.V. & PINTO, E.A.L.C. (2007). Problemas de alimentação em crianças com doença do refluxo gastroesofágico. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, 19(1). Publicado no site: <http://www.scielo.br>

- DROTAR D., ECKERLE D., SATOLA J., PALLOTTA J. & WYATT B. (1990). Maternal Interacional Behavior with nonorganic failure-to-thrive infants: a case comparison study. *Child Abuse e Neglect*, 14, pp. 41-51.
- FERNANDEZ-ARANDA, F., KRUGA, I., GRANEROC, R., RAMÓN, J.M., BADIA, A., GIMÉNEZ, L., SOLANO, R., COLLIARD, D., KARWAUTZ, A. & TREASURE, J. (2007). Individual and family eating patterns during childhood and early adolescence: an analysis of associated eating disorder factors. *Appetite*. 49, 476–485
- FREUD, A. (1946). Lo studio psicoanalitico dei disturbi infantili dell'alimentazione. In *Opere*, vol.2, Torino: Boringhieri.
- FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud*. Vol. 7, pp. 121-252. Rio de Janeiro: Imago, 1980.
- FRIGERIO, A. (1998) (a cura di). *Questionario sul comportamento del bambino: 2-3*. Istituto Scientifico "E. Medea". Associazione La Nostra Famiglia, Bosisio Parini.
- FRIGERIO, A., COZZI, P., PASTORE, V., MOLTENI, M., BORGATTI, R. & MONTIROSSO, R. (2006). La valutazione dei problemi emotivo-comportamentali in un campione italiano di bambini in età prescolare attraverso la Child Behavior Checklist e il Caregiver Teacher Report.Form. *Infanzia e Adolescenza*, 5 (1): 24-37.
- GANIBAN, J., CHATOOR, I., & GELVEN, E. (1999). *Emotional reactivity and regulation in infantile anorexia*. Poster presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Albuquerque, NM.

- GARB, J.L. & STUNKARD, A.J. (1974). Taste aversions in man. *American Journal of Psychology*, 131: 1204-1207.
- GOWERS, S. (2005). Treatment of anorexia nervosa in childhood and adolescence. *Psychiatry*. 4(4), 14-17.
- GRIFFIN, K. M. (1979). Swallowing training for dysphasic patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 55, 467–470.
- GUSMÃO, M.H. (2000) Os transtornos e as dificuldades da alimentação. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 1, 44-60.
- HAGEKULL, B., & BOHLIN, G. (1986). Mother-infant interaction and perceived infant temperament. *International Journal of Behavioral Development*, 9, 297–313.
- HAGEKULL, B., BOHLIN, G. & RYDELL, A-M. (1997). Maternal Sensitivity, Infant Temperament, and the Development of Early Feeding Problems. *Infant Mental Health Journal*. 18 (1), 92-106.
- HANDEN, B.L., MANDELL, F. & RUSSO, D.C. (1986). Feeding induction in children who refuse to eat. *American Journal of Diseases of Children*. 140: 52-54.
- HOLLINGSHEAD, A.B. (1975). *Four Factor Index of Social Status*. New Haven, CT: Yale University Department of Sociology.
- HURSTI, U.K.K. & Sjöden, P.O. (1997). Food and general neophobia and their relationship with self-reported food choice: Familial resemblance in Swedish families with children of ages 7-17 years. *Appetite*, 29, 89-103.

- KALAT, J.W. & ROZIN, P. (1973). Learned safety as a mechanism in long delay taste aversion learning in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 83: 198-207.
- KAYE, K (1977). *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*. Milano: Franco Angeli, 1984.
- KAYE, K. (1982). *La vita mentale e sociale del bambino*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1989.
- KERN, L, & MARDER, T.J. (1996). A comparison of simultaneous and delayed reinforcement as treatments for food selectivity. *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 29, 243-246.
- KLEIN, M. (1952). Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: KLEIN, M.; HEIMAN, P.; ISAACS, S.; RIVIERI, J. *Os Progressos da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- KUHN, D.E.; GIROLAMI, P.A. & GULOTTA, C.S. (2007). Feeding Disorder. *International Review of Research Mental Retardation*, 34, 387-414.
- LEWINSOHN, HOLM-DENOMA, GAU, JOINER, STRIEGEL-MOORE, BEAR & LAMOUREUX (2005). Problematic Eating and Feeding Behaviors of 36-Month-Old Children. *International Journal of Eating Disorders*, 38 (3): 208–219.
- LINDBERG, L., BOHLM, G., & HAGEKULL. B. (1991). Early feeding problems in a normal population. *International Journal of Eating Disorders*, 10, pp. 395-405.
- LINDBERG. L., BOHLIN. G., HAGEKULL. B. & THUNSNOM M. (1994). Infant and family characteristics related to early food refusal. *Infant Mental Health Journal*, 15, 262-277.

- LINDBERG, L., BOHLIN, G., HAGEKULL B. & PALMÉRUS, K. (1996). Interactions Between Mothers and Infants Showing Food Refusal. *Infant Mental Health Journal*. 17(4), 334-347.
- LOGUE, A. W., OPHIR, I., & STRAUSS, IC (1981). The acquisition of taste aversions in humans. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 319-333.
- LUCARELLI, L. (2001). Disturbi dell'alimentazione. In AMMANITI, M. (2001) (A cura di). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina.
- LUCARELLI L, CIMINO S, PERUCCHINI P, SPERANZA AM, AMMANITI M, ERCOLANI AP. (2002), I disturbi alimentari nella prima infanzia: validazione di uno strumento osservativo dell'interazione madre-bambino. *Infanzia e Adolescenza*, 1 (2), 113-124.
- LUCARELLI, L. AMBRUZZI, A.M., CIMINO, S., FINISTRELLA, V. & D'OLIMPIO, F. (2003). Feeding disorders in infancy: an empirical study on mother-infant interactions. *Minerva Pediatrica*. 55(3), 243-259.
- LUCAS, A. (1994). Role of nutritional programming in determining adult morbidity. *Archives of Disease in Childhood*, 41: 88-90.
- MALDONADO-DURAN, J.M., FONAGY, P., HELMIG, L., MILLHUFF, C., MOODY, C., ROSEN, L. & VAN SICKLE, G. (2008). In-depth mental health evaluation of a community sample of nonreferred infants with feeding difficulties. *International Journal of Eating Disorders* 41:6, 513–519.
- McNALLY, R.J. (1994). Choking phobia: a review of the literature. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 83-89.
- MILLON, T. (1991). Classification in psychopathology: rationale, alternatives, standards. *J. Abnormal Psychology*, 100, pp. 245-261.

- NARROW, W. E., FIRST, M. B., SIROVATKA, P. J. & REGIER, S. A. (2007) (Edited by). *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: a research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, VA.
- PLINER, E, & LOWEN, E. R. (1997). Temperament and food neophobia in children and their mothers. *Appetite*, 28, 239-254.
- RAMSAY, M. (1995). Feeding disorder and failure to thrive. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, pp. 605-616.
- RAMSAY, M., GISEL, E.G., MC CUSKER, J., BELLAVANCE, F., & PLATT, R. (2002). Infant suckling ability, non-organic failure to thrive, maternal characteristics, and feeding practices: a prospective cohort study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 44, pp. 405-414.
- RULEY, E.J., BOCK, G.H., KERZNER, B., ABBOTT, A.W., MAJD, M. & CHATOOR, I. (1989). Feeding disorders and gastroesophageal reflux in infants with chronic renal failure. *Pediatric Nephrology*. 3:424-429.
- RYDELL, A. M., DAHL, M., & SUNDELIN, C. (1995). Characteristics of school children who are choosy eaters. *Journal of Genetic Psychology* ,156, 217-229
- SANDER, L. (1962). La negoziazione nella prima interazione madre-figlio. In Amadei, G. e Bianchi, I. (a cura di) (2007). *Sistemi viventi: l'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*. Milano: Raffaello Cortina, pp. 5-30.
- SANDER, L. (1964). Relazioni adattive nelle prime interazioni madre-figlio. In Amadei, G. e Bianchi, I. (a cura di) (2007). *Sistemi viventi: l'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*. Milano: Raffaello Cortina, pp. 31-60.

- SANDER, L. (1975). Bambino e ambiente di accudimento. In Amadei, G. e Bianchi, I. (a cura di) (2007). *Sistemi viventi: l'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*. Milano: Raffaello Cortina, pp. 101-123.
- SANDERS, M.R., PATEL, R.K., LE GRICE, B. & SHEPHERD, R.W. (1993). Children With Persistent Feeding Difficulties: An Observational Analysis of the Feeding Interactions of Problem and Non-Problem Eaters. *Health Psychology*. 12 (1): 64-73.
- SHORE, B.A, BABBITT, R.L., WILLIAMS, K.E., COE D.A. & SNYDER, A. (1998). Use of texture fading in the treatment of food selectivity. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 31: 621-633.
- SIEGEL, L.J. (1982). Classical and operant procedures in the treatment of a case of food aversion in a young child. *Journal of Clinical Child Psychology*, 11, 167-172.
- SINGER, L.T., AMBUEL, B., WADE, S. & JAFFE, A.C. (1992). Cognitive-behavioral treatment of health-impairing food phobias in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 31: 847-852.
- SKINNER, H.A. (1981). Towards the integration of classification theory and methods. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, pp. 68-87.
- SKUSE, D. (1993). Identification and management of problem eaters. *Archives of Disease in Childhood*, 69, pp. 604-608.
- SKUSE, D., WOKE. D. & REILLY. S. (1992). Failure to thrive: Clinical and developmental aspects. In H. Remschmidt & M. H. Schmidt (Eds.) *Developmental Psychopathology* Lewiston, NY: Hogrefe & Huber, pp. 46-71.

- SPITZ, R. A. (1965). *O primeiro ano de vida*. 3ª. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- STEIN, .A., WOOLLEY, H. & MCPHERSON, K. (1999). Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *The British Journal of Psychiatry* 175: 455-461.
- STERN, D.N. (1971). Una microanalisi dell'interazione madre-bambino. In Stern, D.N. (1998). *L'interazione madre-bambino*, Milano: Raffaello Cortina, pp. 1-18.
- STERN, D.N. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Boringhieri, 1987.
- TIMIMI, S., DOUGLAS, J. & TSIFTSOPOULOU, K. (1997). Selective eaters: a retrospective case note study. *Child: care, health and development*. 23 (3), 265-278.
- VILELA, J.E.M., LAMOUNIER, J.A., DELLARETTI FILHO, M.A., BARROS NETO, J.R. & HORTA, G.M. (2004). Transtornos alimentares em escolares. *Jornal de Pediatria*, 80 (1), 49-54.
- WINNICOTT, D. (1936). Appetite e perturbação emocional. In *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: F. Alves, pp. 111-138, 1988.
- WINNICOTT, D. (1948). A reparação em função da defesa materna organizada contra a depressão. In *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: F. Alves, pp. 197-204, 1988.
- WINNICOTT, D. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: F. Alves, pp. 389-408, 1988.

- WINNICOTT, D. (1953). A tolerância do sintoma na pediatria: a história de um caso. In *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: F. Alves, pp. 211-232, 1988.
- WINNICOTT, D. (1960). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 38-54, 1983.
- WORD HEALTH ORGANIZATION (1992) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, (ICD-10), Version for 2007, Cap V*, Geneva: World Health Organization. Site: <http://www.who.int> .
- WORD HEALTH ORGANIZATION. (1996). *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente. Classificazioni dei disturbi psichici e comportamentali dell'ICD-10 nell'infanzia e nell'adolescenza*. Milano: Masson, 1997.
- WORD HEALTH ORGANIZATION. (1996). *Multiaxial Classification of child and adolescent psychiatric disorders. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents*. Cambridge University Press.
- ZAVARONI, D.M.L. (2003). *O infantil no trabalho psicanálise: considerações a partir da metapsicologia e do trabalho de construções/reconstruções em análise*. Dissertação de Mestrado, defendida em 27/08/2003, na Universidade de Brasília, Brasil. Orientador: Luiz Augusto Monnerat Celes. Abstract disponível no endereço: http://www.unb.br/ip/web/pos/res_m_2003.htm
- ZAVARONI, D.M.L. (2006) *Trauma Psíquico na Primeira Infância*. Trabalho de Qualificação de Tese de Doutorado apresentado ao Curso de Doutorado em

Psicologia da Universidade de Brasília / Brasil, em dezembro de 2006.

Orientadora: Terezinha de Camargo Viana.

ZAVARONI, D.M.L., VIANA, T.V. & CELES, L.A. (2007). A constituição do infantil na obra de Freud. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 12, p. 65-70. (Texto completo disponível no site: <http://www.scielo.br/scielo.php>)

ZAVARONI, D.M.L. & VIANA, T.V. (2008). *Infância e Trauma*. Manuscrito não publicado.

ZERO-TO-THREE (1994). *CD: 0-3: Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*. Milano: Masson, 1997.

ZERO-TO-THREE (2005). *CD: 0-3R: Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*. 1th Revisione. Roma: Giovanni Fioriti, 2008.