



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Renata Gomes da Costa

**Quadros alimentares restritivos e evitantes
na infância: frequência e características
individuais e familiares associadas**



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Renata Gomes da Costa

**Quadros alimentares restritivos e evitantes
na infância: frequência e características
individuais e familiares associadas**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Sónia Gonçalves

junho de 2017

DECLARAÇÃO

Nome: Renata Gomes da Costa

Endereço eletrónico: a68836@alunos.uminho.pt

Número do Cartão de Cidadão: 14513793

Título da dissertação: Quadros alimentares restritivos e evitantes na infância:
frequência e características individuais e familiares associadas

Orientadora: Professora Doutora Sónia Gonçalves

Ano de conclusão: 2017

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO
APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE A DECLARAÇÃO
ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, 06/06/2017

Assinatura: _____

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	v
Introdução.....	6
Método.....	9
Objetivos.....	9
Participantes.....	10
Instrumentos.....	11
Procedimento	13
Análise Estatística.....	13
Resultados.....	14
Discussão	23
Referências	28

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Caracterização dos participantes – variáveis sociodemográficas</i>	10
Tabela 2. <i>Frequências de respostas ao questionário relativo à perturbação alimentar restritiva-evitante</i>	15
Tabela 3. <i>Resultados do Teste t para amostras independentes</i>	16
Tabela 4. <i>Resultados da ANOVA unifatorial</i>	16
Tabela 5. <i>Resultados do Coeficiente de Correlação de Pearson entre os comportamentos alimentares restritivos-evitantes, percentil, Questionário Family Eating and Activity Habits (mãe), Questionário Family Eating and Activity Habits (pai), Questionário Family Eating and Activity Habits (criança), Depressão / Ansiedade, Isolamento, Risco e preocupação com o peso, Atitudes de controlo dos pais em relação à alimentação dos filhos e Silhouettes de Collins</i>	20
Tabela 6. <i>Resultados da Regressão Linear Múltipla para prever os comportamentos alimentares restritivos-evitantes</i>	22

Agradecimentos

Agradecer à Professora Sónia Gonçalves, por me guiar nesta caminhada e me incentivar a melhorar sempre o meu trabalho.

Quero também agradecer àqueles que considero serem um dos grandes pilares da minha vida, nomeadamente aos meus pais, à minha irmã, ao meu namorado e a todos os meus amigos. Obrigada por estarem sempre presentes, mesmo quando não estava de bom-humor e por nunca deixarem de acreditar nas minhas capacidades. Obrigada também pela força que me deram ao longo destes anos para nunca desistir dos meus sonhos.

Por fim, dedico este trabalho à minha querida avó que com certeza está no céu a transbordar de orgulho pelas minhas conquistas.

Resumo

Na mais recente edição do DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais), foi adicionada uma nova categoria de diagnóstico dentro das perturbações alimentares, mais concretamente a perturbação alimentar restritiva-evitante (ARFID). Pacientes com esta perturbação apresentam um crescimento insuficiente, falta de ganho de peso, uma falha no funcionamento psicossocial e, em casos mais graves, a necessidade de nutrição entérica. Face aos resultados de revisão de literatura versus o estado da arte e para o nosso melhor conhecimento, os estudos sobre esta perturbação são ainda escassos, dado ser uma perturbação bastante recente. Assim, constitui o grande objetivo da investigação avaliar a frequência de possíveis casos clínicos e casos parciais da ARFID bem como a associação destes quadros com outras variáveis psicológicas individuais e familiares, numa população não clínica de crianças. A investigação foi suportada numa amostra de 330 crianças de ambos os sexos e os seus pais tendo sido utilizados vários instrumentos que avaliam os hábitos alimentares, satisfação com a imagem corporal e perceção de peso. Entre os principais resultados relativos ao propósito do estudo releva-se que os sintomas da perturbação alimentar restritiva-evitante aparecem associados a maiores problemas de ansiedade/depressão, isolamento, hábitos alimentares desajustados dos pais e pressão destes em relação à criança para comer.

Palavras-chave: perturbação alimentar restritiva-evitante; problemas alimentares; bem-estar psicológico.

Abstract

In the most recent edition of the DSM (5th edition) - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, a new category of diagnosis has been added within eating disorders, more specifically, the avoidant-restrictive foodintake disorder (ARFID). Patients with this disorder present insufficient growth, lack of weight gain, a failure of psychosocial functioning and, in more serious cases, the need for enteral nutrition. Considering the literature review versus the state of the art, and for the best of our knowledge, the studies on this disturbance are still scarce, given that it is a very one recent disturbance. Thus, the main objective of this investigation is to evaluate the frequency of possible clinical cases and partial cases of ARFID as well as the association of these scenarios with other individual and family psychological variables in a non-clinical population of children. The research was supported on a sample of 330 children of both sexes and their parents, by using several tools that evaluate eating habits, body image satisfaction and weight perception. Among the main findings related to the purpose of the study highlights that the symptoms of restrictive-avoidant eating disorder are associated with higher anxiety / depression problems, isolation, unadjusted eating habits of the parents, and their pressure on the child to eat.

Keywords: restrictive-avoidant eating disorder; eating disorders; psychological well-being.

Introdução

Os hábitos alimentares diferem de cultura para cultura e variam conforme os gostos de cada indivíduo, sendo que, estes hábitos não devem prejudicar o funcionamento normal do organismo. Uma alimentação “normal” depende da integração de uma série de funções físicas e de relações interpessoais, durante o desenvolvimento precoce do indivíduo (Bryant-Waugh et al., 2010). Ainda de acordo com estes autores, a interrupção numa destas áreas pode resultar em problemas alimentares.

As perturbações alimentares são condições graves que afetam crianças, adolescentes e jovens adultos (Martin & Golden, 2014), representando o terceiro transtorno mental crónico mais comum entre adolescentes do sexo feminino (Tirico, Stefano, & Blay, 2010). As perturbações alimentares acarretam consequências na qualidade de vida dos indivíduos, prejudicando não só o estado fisiológico, como também o seu estado psicológico e, conseqüentemente, as interações sociais (Bryant-Waugh et al., 2010; Kenney & Walsh, 2013; Fisher et al., 2014; Williams et al., 2015). Prevê-se que cerca de 25% das crianças possuem problemas alimentares, que incluem a preferência por certos alimentos, hábitos alimentares estranhos, comer poucas quantidades e um atraso na auto-alimentação (Lindberg, Bohlin & Hagekull, 1991).

Atualmente, tanto a causa das perturbações alimentares, bem como o seu impacto psicológico, são ainda pouco compreendidos. No entanto, sabe-se que existe uma predisposição genética e alguns autores defendem que, as perturbações alimentares na infância têm uma forte relação com os fatores parentais e ambientais (Bryant-Waugh et al., 2010). O modo como os pais educam as crianças, relativamente à alimentação, é um fator chave na forma como estas “vêm” os alimentos. Desde o nascimento da criança dá-se início ao processo de aprendizagem, logo, a forma como os pais apresentam a comida ou respondem a uma recusa alimentar por parte da criança, pode contribuir para o aparecimento de uma perturbação (Kenny & Walsh, 2013). Segundo Budd et al. (1992), para grande parte das famílias, os problemas alimentares podem tornar-se crónicos e ter consequências graves no crescimento e saúde.

No DSM-IV — 4ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*/Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 1994), havia um grande número de crianças e adolescentes que não preenchiam os critérios para anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) (mais de 50%), sendo

consequentemente diagnosticados com perturbação alimentar sem outra especificação (EDNOS) (Fisher et al., 2014). Na 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*/Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2013), foi adicionada uma nova categoria de diagnóstico dentro das perturbações alimentares, mais concretamente a perturbação alimentar restritiva-evitante (ARFID), com o intuito de fornecer um diagnóstico àqueles indivíduos que não preenchem alguns dos critérios exigidos (APA, 2013; Kreipe & Palomäki, 2012). Esta perturbação leva a consequências clínicas significativas e é caracterizada pelo fracasso em atender às necessidades nutricionais (APA, 2013). É comum encontrar nestes pacientes um crescimento insuficiente, falta de ganho de peso, uma falha no funcionamento psicossocial e, em casos mais graves, a necessidade de nutrição entérica, caracterizada pela impossibilidade de a alimentação ser realizada pela boca, sendo feita com recurso a uma sonda (APA, 2013; Bryant-Waugh et al., 2010; Norris & Katzman, 2015; Kenny & Walsh, 2013; Kreipe & Palomäki, 2012; Williams et al., 2015). Esta perturbação não deve ser diagnosticada quando se trata de uma prática cultural ou quando os alimentos são escassos devido ao nível socioeconómico baixo da família (APA, 2013). Segundo Fisher et al. (2014), crianças e adolescentes com este tipo de diagnóstico possuem um elevado risco no funcionamento social prejudicando posteriormente o ambiente familiar, nomeadamente quando há grande *stress* em torno das refeições.

Num estudo realizado por Nicely et al. (2014) a prevalência da perturbação ARFID num grupo de jovens num tratamento de dia para perturbações alimentares, foi de 22.5%. Outro estudo realizado por Eddy et al. (2015), identificou 1.5% de casos de jovens com ARFID num grupo de 2231 participantes e, cerca de 2.4% com um possível diagnóstico da perturbação. Em ambos os estudos, o número de casos do sexo masculino mostrou ser superior.

Os indivíduos com ARFID demonstram pouco interesse na alimentação e só aceitam uma dieta limitada em relação às características sensoriais (alimentação seletiva), que muitas vezes está relacionada com experiências aversivas (Bryant-Waugh et al., 2010). Este fraco interesse começa na primeira infância e deve-se a uma ansiedade generalizada relativamente a experiências aversivas, tais como o medo de vómito ou engasgo, sintomas gastrointestinais, alergias alimentares, entre outros (Fisher et al., 2014). Apesar da pouca existência de estudos em relação a esta problemática, a ARFID apresenta-se geralmente na infância ou adolescência (Kenney & Walsh, 2013). No entanto, a possibilidade de surgir ou persistir na idade adulta é elevada, sendo o

motivo relacionado com algum evento negativo durante a ingestão de alimentos (e.g.: asfixia) (Martin & Golden, 2014; Norris & Katzman, 2015; Kenney & Walsh, 2013; Kreipe & Palomäki, 2012).

Estas crianças apenas ingerem alimentos com cores particulares, como por exemplo alimentos de cor branca (leite, pão, massa, arroz, entre outros), ou com texturas específicas, como por exemplo o puré. Existem ainda crianças que só consomem alimentos de uma marca específica, ou só de refeições quentes/frias (Bryant-Waugh et al., 2010; Kreipe & Palomäki, 2012).

Chatoor (2009), criou o termo “*sensory food aversions*”/“aversões sensoriais aos alimentos” para descrever os comportamentos das crianças que são extremamente sensíveis ao cheiro, cor ou sabor dos alimentos, que levam à recusa na substituição dos alimentos preferidos. Outros autores referem-se a este comportamento alimentar com expressões diferentes, como “seletividade alimentar” (Timimi, Douglas & Tsiftopoulou, 1997), “comedores exigentes” (Rydell, Dahl & Sundelin, 1995), “comedores invulgares” (Marchi & Cohen, 1990) e “neofobia alimentar” (Bryant-Waugh et al. 2010). A expressão mais utilizada é a neofobia alimentar, caracterizada pela aversão a experimentar novos alimentos para aumentar o repertório alimentar (Bryant Waugh et al., 2010). A grande diferença entre neofobia e aversões sensoriais é que a segunda diz respeito à recusa de alimentos específicos com determinado gosto, textura ou cheiro e a primeira é a recusa a novos alimentos (Timimi et al., 1997). *Globus hystericus* é a forma mais antiga de referência à disfagia funcional, caracterizada pela perda de peso de forma não intencional pelo evitamento de determinados alimentos, relacionado com o medo de asfixia ou vômitos e engasgos (Bryant-Waugh et al., 2010; Kreipe & Palomäki, 2012).

O que acontece frequentemente nestes casos é que, a gama de alimentos tolerados ou aceites por estes indivíduos, é insuficiente em comparação com o total necessário em termos de energia – calorias (Nicely et al., 2014). No entanto, ao contrário dos pacientes com AN, estes não possuem preocupações com o peso e forma corporal e existe uma maior percentagem de casos do sexo masculino, comparativamente à AN e BN (Fisher et al., 2014). Adicionalmente, os pacientes com ARFID estão significativamente mais propensos a ter um transtorno de ansiedade relativamente aos pacientes com AN e BN (Fisher et al., 2014). Pacientes com ARFID tendem a apresentar quadros de comorbilidade com o transtorno de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos de défices de atenção e desordens do

espectro autista (Timimi et al., 1997). Vários estudos apontam que os pacientes com ARFID apresentam, significativamente mais ansiedade e menos depressão, relativamente a indivíduos com outras perturbações alimentares (Fisher et al., 2014; Nicely et al., 2014).

Relativamente às intervenções para um tratamento eficaz desta perturbação, ainda pouco se sabe. Dada a existência de grande comorbilidade, seria ideal utilizar intervenções comportamentais que atuassem nos comportamentos de evitação aos alimentos (Kenney & Walsh, 2013). A terapia cognitivo-comportamental poderá ser uma abordagem eficaz, dado que esta perturbação é acompanhada de distúrbios emocionais, como a ansiedade e a depressão (Kenney & Walsh, 2013). O grande objetivo da intervenção poderá ser minimizar o risco físico ou nutricional através da mudança comportamental, ajudando o indivíduo a aprender a gerir a sua própria ansiedade relativamente a novas experiências de consumo alimentar, levando consequentemente ao aumento da sua rede de alimentos (Bryant-Waugh, 2013).

Método

Objetivos

Dado que atualmente existem poucos estudos sobre a ARFID, e consequentemente também poucos estudos sobre a sua frequência, torna-se pertinente e relevante a realização do presente estudo. Acresce que devido ao facto de a perturbação ter sido inserida há muito pouco tempo no DSM-5 (APA, 2013), resulta que a investigação nesta área ainda seja escassa, nomeadamente em Portugal. Assim sendo, o objetivo geral deste estudo, é encontrar a frequência de possíveis casos da ARFID em crianças na população não-clínica portuguesa e avaliar a associação dos quadros clínicos e parciais de ARFID com determinadas variáveis psicológicas e variáveis familiares. A literatura refere que, múltiplos fatores afetam o desenvolvimento normal das crianças, sendo que, vários autores apontam que o foco nas perturbações alimentares deve incidir sobre a influência dos fatores/práticas parentais e ambientais (Bryant-Waugh et al., 2010). Os poucos estudos de prevalência da ARFID evidenciam também que existe comorbilidade entre a perturbação em estudo e perturbações de ansiedade, assim como um quadro de comorbilidade entre a ARFID e falhas no funcionamento psicossocial. Deste modo, foram levantadas as seguintes cinco hipóteses:

Hipótese 1: Frequência de casos parciais de comportamentos alimentares restritivos-evitantes em crianças é bastante comum;

Hipótese 2: maior preocupação com a imagem corporal/peso estão negativamente correlacionados com mais comportamentos alimentares restritivos-evitantes;

Hipótese 3: maiores níveis de depressão/ansiedade estão positivamente correlacionados com mais comportamentos alimentares restritivos-evitantes;

Hipótese 4: maiores níveis de isolamento (funcionamento social desajustado) estão positivamente correlacionados com mais comportamentos alimentares restritivos-evitantes; e

Hipótese 5: práticas parentais desajustadas relativas à alimentação estão positivamente correlacionadas com mais comportamentos alimentares restritivos-evitantes.

Participantes

O estudo avaliou crianças de ambos os sexos, assim como os seus pais. Como critérios de inclusão, os participantes deveriam de ter idades compreendidas entre os cinco e os dez anos, possuir o português europeu como língua materna e frequentar os primeiros quatro anos do ensino básico. Participaram no estudo 330 crianças, recrutadas do Ensino Básico de três escolas primárias públicas da cidade de Braga e do concelho de Santa Maria da Feira. A amostra foi constituída por 168 crianças do sexo feminino (50.9%) e 162 do sexo masculino (49.1%). As crianças tinham idades compreendidas entre os 5 e 10 anos com uma média de idade de 7.6 ($DP = 1,19$). O peso das crianças variou entre os 17.9kg e os 54kg ($M = 30.43$ Kg; $DP = 7.28$), sendo que a altura variou entre os 110m e os 152m ($M = 131$ m; $DP = 0.09$). O Percentil das crianças, calculado pelo programa “*WHO AnthroPlus*”, teve uma média de 70.01 e desvio-padrão de 27.64. A tabela 1, na página seguinte, sintetiza a caracterização dos participantes integrantes da amostra.

Tabela 1

Caracterização dos participantes – variáveis sociodemográficas.

Descrição das Variáveis		
Variáveis	N = 330	Mínimo (Máximo)
	Média (DP)	
Idade	7.55 (1.19)	6 (10)
Peso	30.43 (7.28)	17.9 (54)

Altura (cm)	130.62 (9.07)	110 (152)
Percentil	70.01 (27.64)	1.2 (99.8)

Instrumentos

No presente estudo foram utilizados cinco instrumentos diferentes, para além do questionário demográfico.

Questionário sociodemográfico. É constituído por 4 itens, desenvolvido com vista aos objetivos deste estudo. Fornece informações relativas ao sexo, idade, peso e altura da criança.

Child Behavior Checklist (CBCL). A CBCL (Achenbach & Rescorla, 2003), é uma das três componentes da Avaliação Multiaxial de Achenbach, sendo que as outras duas componentes são a *Teacher's Report Form* (TRF) e a *Youth Self-Report* (YSR). No presente estudo apenas foi utilizada a CBCL, constituída por um conjunto de questionários que avaliam vários tipos de problemáticas em crianças e adolescentes, nomeadamente: problemas emocionais, sociais, comportamentais e de funcionamento adaptativo. A CBCL é composta por 113 itens e origina 3 subescalas de internalização (ansiedade/depressão, isolamento, queixas somáticas), 2 escalas de externalização (comportamento delinquente e agressivo) e 3 subescalas sem pertença (problemas sociais, do pensamento e de atenção). No presente estudo apenas duas subescalas serão avaliadas: “*ansiedade/depressão*” e “*isolamento*”, pois são as variáveis que se aplicam a crianças com quadros clínicos de perturbações alimentares restritivos-evitantes. A subescala “*ansiedade/depressão*” está relacionada a diagnósticos de perturbações de ansiedade e de depressão (chora muito; tem medo de ir para a escola; sente que tem de ser perfeito; sente que ninguém gosta dele; entre outras). A subescala “*isolamento*” está relacionada com o isolamento psicossocial (recusa-se a falar; é tímido; não é ativo; isola-se; é reservado; entre outras). No questionário, que é respondido pelos pais das crianças, é considerada uma escala de *Likert* de 2 pontos (0- não se aplica; 2- aplica-se sempre). As escalas de *Likert* permitem que os respondentes se possam posicionar melhor relativamente aos aspetos sobre os quais estão a ser inquiridos. Foram realizadas várias análises, nomeadamente análise de construto e análise de confiabilidade, que indicam boas propriedades psicométricas do instrumento (Achenbach et al., 2014).

Child Feeding Questionnaire (CFQ). O CFQ (Birch et al., 2001), é uma medida de auto-relato que tem como objetivo avaliar as crenças e atitudes de controlo alimentar por parte dos pais em relação à criança. O CFQ é composto por 31 itens que

se subdividem em 7 escalas. Quatro delas avaliam o risco e preocupação com o peso: (i) percepção da responsabilidade dos pais pela alimentação dos filhos (3 itens); (ii) percepção do excesso de peso próprio (4 itens); (iii) percepção do excesso de peso dos filhos (6 itens); e (iv) preocupação com o excesso de peso dos filhos (3 itens). As restantes três avaliam as atitudes de controlo dos pais relativamente à alimentação dos filhos e são: restrição (8 itens), pressão para comer (4 itens) e monitorização (3 itens). As respostas ao questionário são dadas numa escala de *Likert* de 5 pontos (1- Nunca; 2- Raramente; 3- Por vezes; 4- Muitas vezes; 5- Sempre). O instrumento está traduzido e validado para a população portuguesa por Viana et al., (2012), em que estes autores concluíram que os valores do α de *Cronbach* (variando entre 0.61 e 0.90) sugerem uma boa consistência interna. Na versão original, o valor do α de *Cronbach* é acima de 0.70.

The Family Eating and Activity Habits Questionnaire. Este questionário (Golan & Weizman, 1998), tem como objetivo descrever os fatores ambientais e familiares que facilitam a perda ou ganho de peso. É constituído por 21 itens que originam 4 subescalas: (i) o nível de atividade, com quatro itens que avaliam a frequência com que os pais e a criança se envolvem em atividades físicas e sedentárias; (ii) a exposição a estímulos, com oito itens e avalia a presença e visibilidade de snacks, doces, bolos e gelados em casa e os limites da autonomia da criança em comprar ou ter esses alimentos; (iii) as respostas a estímulos de fome, que apresenta quatro itens e pergunta que pessoa inicia as refeições ou quais as reações dos pais quando a criança diz que não tem fome; e (iv) o estilo alimentar, que apresenta treze itens e avalia em que momentos e lugares a família costuma comer. Uma pontuação elevada neste teste remete para padrões de alimentação inapropriados. O α de *Cronbach* de 0.83 mostra que o teste tem consistência interna.

Silhouettes de Collins. Este questionário (Collins, 1991) é composto por 7 figuras de crianças e adolescentes de ambos os sexos compreendidas entre a magreza e a obesidade. Para participantes do sexo feminino são administradas as figuras femininas, sendo que para participantes do sexo masculino são usadas figuras masculinas. Neste questionário as crianças devem responder a um conjunto de questões relacionadas com a sua imagem corporal e a dos outros.

Questionário clínico para avaliação da ARFID. Foram desenvolvidas um conjunto de questões para avaliar os critérios de diagnóstico segundo a Associação Americana de Psiquiatria no DSM-5 (AAP, 2014). O questionário foi desenvolvido no âmbito deste estudo e inclui as seguintes questões colocadas aos pais: “O/a seu/sua

filho/a tem um crescimento insuficiente para a sua idade?” ; “O/a seu/sua filho/a tem dificuldades em ganhar peso?”; “O/a seu/sua filho/a apresenta pouco interesse na alimentação?”; “O/a seu/sua filho/a tem uma alimentação seletiva (ingere apenas certos tipos de alimentos)?”; e por fim “Para além da alimentação bucal, o/a seu/sua filho/a já alguma vez necessitou da utilização de outras formas de alimentação (e.g., alimentação entérica)? Se sim indique quais.”. Para avaliar este instrumento, foi estabelecido um ponto de corte no *score* total obtido nas questões. Crianças com uma pontuação igual ou superior a 2, apresentam índices clínicos de comportamentos alimentares restritivos-evitantes.

Procedimento

Para a realização deste estudo foi necessário solicitar autorização ao Ministério da Educação e ao Comité de Ética da Universidade do Minho. Após ter recebido as devidas autorizações, a investigadora deslocou-se às escolas no sentido de obter a colaboração das mesmas para a concretização efetiva e atempada do estudo.

Após o estabelecimento de contacto e respetiva aceitação por parte das escolas, foi solicitado aos professores para que entregassem a cada aluno(a) os instrumentos de avaliação e o respetivo consentimento informado, para que estes levassem para casa e entregassem aos pais. Uma semana depois, a investigadora deslocou-se novamente às escolas para proceder à medição e pesagem de cada aluno(a) e levantamento dos questionários. O peso e altura de cada aluno(a) foi necessário para posterior cálculo o percentil.

Relativamente aos pais, estes tiveram um papel fulcral na investigação. Na verdade, grande parte dos questionários eram dirigidos aos pais para que fosse possível avaliar variáveis individuais e familiares, nomeadamente em relação à alimentação dos filhos.

Os instrumentos: *The Family Eating and Activity Habits Questionnaire*; *Child Behavior Checklist*; *Child Feeding Questionnaire*; *Questionário clínico para avaliação da ARFID*; e o Questionário Demográfico, foram preenchidos pelos pais. As *Silhouettes de Collins* foram preenchidas pelas crianças.

Análise Estatística

Finalizada a recolha dos dados, estes foram inseridos na plataforma Microsoft Excel e posteriormente importados para o software IBM® SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 24, com o objetivo de estudar as características

psicométricas de cada instrumento.

De modo a analisar possíveis relações entre as variáveis, fazendo face às hipóteses estabelecidas, utilizou-se a estatística inferencial, nomeadamente testes de coeficiente de correlação de *Pearson* para variáveis intervalares. Para detetar possíveis casos da perturbação alimentar restritiva-evitante, foi utilizado um ponto de corte de 2, sendo que nas restantes análises, foram utilizados os somatórios das subescalas e escalas.

Para avaliar as diferenças entre sexos relativamente aos comportamentos alimentares restritivos-evitantes utilizou-se um teste *t de Student* para amostras independentes. Por sua vez para verificar a existência de diferenças entre a idade e os comportamentos alimentares restritivos-evitantes foi utilizada uma ANOVA Unifatorial. Foi também utilizada uma regressão linear múltipla, para prever a variância dos comportamentos alimentares restritivos-evitantes com base numa combinação de variáveis correlacionadas significativamente.

Resultados

Resultados descritivos

Relativamente ao questionário — *Family Eating and Activity Habits* —, respondido pelas mães e pais (dados sobre as crianças também eram necessárias, sendo que as mães e os pais respondiam por elas) de forma individual, houve no total 308 respostas, sendo que 117 correspondem às mães ($M = 38.79$; $DP = 10.15$) e 93 correspondem aos pais ($M = 40.52$; $DP = 9.74$) e 98 correspondem às crianças ($M = 40.53$; $DP = 9.30$). Quanto ao questionário — *Child Feeding* —, houve 133 respostas com uma pontuação mínima de 59 pontos e máxima de 127 ($M = 98.01$; $DP = 14.51$). Em relação ao questionário — CBCL —, na subescala — “depressão/ ansiedade” —, houve 305 respostas ($M = 6.17$; $DP = 3.68$) e na subescala — “isolamento” — houve 300 respostas ($M = 2.48$; $DP = 2.15$). Relativamente ao questionário — *Silhouettes de collins* —, houve 298 respostas ($M = 10.81$; $DP = 1.88$). Em relação ao questionário constituído pelas questões clínicas referentes aos comportamentos alimentares restritivos-evitantes, houve no total 312 respostas ($M = 0.83$; $DP = 1.00$).

Frequência dos problemas alimentares restritivos-evitantes

Para fazer face ao objetivo central do estudo, nomeadamente encontrar a frequência de possíveis casos da perturbação alimentar restritiva-evitante na amostra, foi estipulado um ponto de corte igual ou superior a 2, no *score* obtido no questionário composto pelas questões clínicas relativas aos comportamentos restritivos-evitantes.

Assim, crianças com uma pontuação igual ou superior a 2, foram classificadas como possíveis casos de ARFID.

Num total de 312 participantes, 70 casos reportaram uma pontuação igual ou superior a 2, a saber: com pontuação 2 reportados 47 (15.1%); com pontuação 3 reportados 17 casos (5.4%); com pontuação igual a 4 reportados 6 casos (1.9%), obtendo um total de 22.4%. Relativamente ao sexo, 39 crianças (55.7%) são do sexo masculino e 31 (44.3%) do sexo feminino.

Em relação ao questionário clínico para avaliação da ARFID, a questão — “O seu filho tem uma alimentação seletiva?” —, é a variável mais frequente apontada pelas mães, com 108 respostas positivas (34.2%) e em segundo lugar, segue a questão — “O seu filho apresenta pouco interesse na alimentação?”. A tabela 2, na página seguinte, apresenta as frequências de respostas ao questionário clínico relativo à ARFID.

Tabela 2

Frequências de respostas ao questionário relativo à perturbação alimentar restritiva-evitante.

Questões	“Sim”	“Não”
	n (%)	n (%)
“O seu filho tem uma alimentação seletiva?” N = 316	n = 108 (34.2%)	n = 208 (65.8%)
“O seu filho apresenta pouco interesse na alimentação?” N = 317	n = 68 (21.5%)	n = 249 (78.5%)
“O seu filho tem dificuldades em ganhar peso?” N = 316	n = 62 (19.6%)	n = 254 (80.4%)
“O seu filho tem um crescimento insuficiente para a idade?” N = 317	n = 29 (9.1%)	n = 288 (90.9%)
“O seu filho já teve de utilizar outras formas de alimentação?”	n = 1 (0.3%)	n = 313 (99.7%)

N = 314

*Diferenças entre sexos e idade relativamente aos problemas alimentares restritivos-
evitantes na infância*

Não foram encontradas diferenças entre crianças do sexo masculino e feminino ao nível dos comportamentos alimentares restritivos-evitantes — [$t(310) = -.85, p = .68$]. A tabela 3 apresenta os resultados do Teste t .

Tabela 3

Resultados do Teste t para amostras independentes.

	Feminino (n = 159) <i>Média</i> (D.P.)	Masculino (n = 153) <i>Média</i> (D.P.)	<i>t</i> (310)
K alimentares restritivos- evitantes	.79 (.97)	.88 (1.03)	-.85

Não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente aos problemas alimentares restritivos-evitantes em função da idade — [$F(4,307) = .77, p = .54$]. A tabela 4 apresenta os correspondentes resultados.

Tabela 4

Resultados da ANOVA unifatorial.

	6 anos (n = 73) <i>Média</i> (D.P.)	7 anos (n = 83) <i>Média</i> (D.P.)	8 anos (n = 72) <i>Média</i> (D.P.)	9 anos (n = 71) <i>Média</i> (D.P.)	10 anos (n = 13) <i>Média</i> (D.P.)	<i>F</i> (4,307)
K alimentares restritivos- evitantes	.71 (.94)	.84 (1.05)	.99 (1.03)	.77 (.96)	.92 (1.12)	.77

*Associação entre satisfação com a imagem corporal da criança, percentil e problemas alimentares restritivos-
evitantes*

Os resultados dos testes mostram ainda a existência de associações negativas significativas entre os comportamentos restritivos-evitantes e a satisfação com a

imagem corporal, nomeadamente uma correlação negativa com o *score* do questionário — *Silhouettes de Collins* —, ($r = -.142, p = .015$) e com o Percentil ($r = -.34, p = .001$).

Assim sendo, conclui-se que crianças que pontuam mais alto no questionário — *Silhouettes de Collins* —, possuem maiores preocupações com a imagem corporal, ou seja, apresentam menos comportamentos restritivos-evitantes e crianças com um percentil mais baixo apresentam mais comportamentos restritivos-evitantes.

Associação entre padrões alimentares e sedentarismo das crianças e problemas alimentares restritivos-evitantes

Resultados obtidos através de outras Correlações de *Pearson*, revelam que os comportamentos alimentares restritivos-evitantes das crianças não se associam ao “Tempo de Ecrã” ($r = .01, p = .842$) que avaliam a frequência com que as crianças se envolvem em atividades físicas e sedentárias, aos “Estilos e Hábitos Alimentares” da própria ($r = .014, p = .818$) que avalia em que momentos e lugares a criança costuma comer, às “Pistas de Fome e Saciedade” ($r = -.02, p = .818$) que avalia o momento e em que situações a criança inicia as refeições, à “Exposição e Controlo de Estímulos” ($r = -.81, p = .807$) que avalia a presença e visibilidade de *snacks*, e por fim aos hábitos familiares avaliados no questionário — *The Family Eating And Activity Habits* — ($r = .07, p = .492$), nomeadamente variáveis relacionadas com padrões alimentares desajustados.

Associação entre a perceção de peso da criança pelos pais e os problemas alimentares restritivos-evitantes

Foram encontradas correlações negativas entre os comportamentos alimentares restritivos-evitantes e várias subescalas relacionadas com a perceção de peso, nomeadamente com a “Perceção do Excesso do Próprio Peso” ($r = -.14, p = .031$), que avalia a perceção que a mãe tem sobre o seu próprio peso, com a “Perceção do Excesso de Peso da Criança” ($r = -.22, p = .004$) que avalia a perceção que a mãe tem acerca do peso da criança, com a “Preocupação com o Excesso de Peso da Criança” ($r = -.18, p = .001$) que avalia o quanto a mãe é ou não preocupada com o peso da criança, e por fim, com o “Risco e Preocupação com o Peso” ($r = -.27, p = .002$), sendo esta uma escala que engloba as subescalas referidas anteriormente.

Deste modo, mães que tenham uma maior perceção do excesso do próprio peso, estão associadas a menores problemas alimentares restritivos-evitantes da criança; mães com maior perceção do excesso de peso dos filhos, remetem a menores comportamentos

restritivos; quanto maior for a preocupação com o excesso de peso do filho por parte das mães, menores os comportamentos alimentares restritivos-evitantes que a criança apresenta. Assim sendo, mães com preocupação com o peso dos filhos, referem menos comportamentos alimentares restritivos-evitantes.

Associação entre problemas alimentares restritivos-evitantes na criança e padrões alimentares dos pais

Foram encontradas associações igualmente positivas entre a alimentação restritiva-evitante nas crianças e os “Estilos e Hábitos Alimentares” da mãe ($r = .13, p = .032$) e do pai ($r = .18, p = .005$), que avalia em que momentos e lugares os pais costumam comer, e uma associação igualmente positiva entre os comportamentos alimentares restritivos-evitantes da criança e a “Pressão para comer” ($r = .28, p = .001$) que avalia a imposição por parte dos pais à criança a ingestão de alimentos mais saudáveis.

Desta forma, piores hábitos alimentares por parte dos pais, caracterizados por comportamentos inapropriados durante as horas de refeição e maior pressão para comer, estão associados a problemas alimentares restritivos-evitantes.

Associação entre padrões alimentares e sedentarismo dos pais e problemas alimentares restritivos-evitantes das crianças

Os resultados obtidos com a realização de Correlações de *Pearson*, mostram que os comportamentos alimentares restritivos-evitantes das crianças não se associam com várias variáveis, nomeadamente com o “Tempo de Ecrã” da mãe ($r = .07, p = .295$) e do pai ($r = .03, p = .655$) que avaliam a frequência com que os pais se envolvem em atividades físicas e sedentárias, com as “Pistas de Fome e Saciedade” da mãe ($r = .03, p = .637$) e do pai ($r = .02, p = .794$) que avalia o momento e em que situações os pais iniciam as refeições, com a “Exposição e Controlo de Estímulos” da mãe ($r = -.13, p = .086$) e do pai ($r = -.06, p = .507$) que avalia a presença e visibilidade de snacks e doces, com o questionário — *The Family Eating and Habits* —, referente à mãe ($r = .03, p = .740$) e ao pai ($r = .19, p = .066$), que avaliam as variáveis referidas anteriormente associadas a padrões de alimentação, com a “Perceção da Responsabilidade dos Pais” ($r = -.03, p = .557$) que avalia a preocupação dos pais em relação à alimentação dos filhos, com a “Restrição” ($r = -.02, p = .706$) que avalia o evitamento de alimentos menos saudáveis, com a “Monitorização” ($r = -.06, p = .286$) que avalia as atitudes de controlo alimentar não exageradas por parte dos pais, com as

“Atitudes de Controlo dos Pais em relação à Alimentação dos Filhos” ($r = .08, p = .191$) que engloba as variáveis referidas anteriormente, e por último com o questionário — *Child Feeding* —, o qual avalia as atitudes de controlo alimentar por parte das mães ($r = .08, p = .361$).

Associação entre bem-estar psicológico das crianças e problemas alimentares restritivos-evitantes

Para encontrar uma possível relação entre a perturbação em estudo e estas duas subescalas, foi utilizada uma Correlação de *Pearson*, sendo que, há uma correlação positiva significativa entre a subescala — “depressão/ansiedade” — e os problemas alimentares restritivos-evitantes ($r = .20, p = .001$), e também uma correlação positiva significativa entre a subescala — “isolamento” —, e os problemas alimentares restritivos-evitantes ($r = .21, p = .001$).

Assim sendo, é possível relatar que maiores níveis de depressão e ansiedade e de isolamento estão associados a mais comportamentos alimentares restritivos-evitantes. A tabela 5, na página seguinte, sintetiza os resultados obtidos.

Tabela 5

Resultados do Coeficiente de Correlação de Pearson entre os comportamentos alimentares restritivos-evitantes, percentil, Questionário Family Eating and Activity Habits (mãe), Questionário Family Eating and Activity Habits (pai), Questionário Family Eating and Activity Habits (criança), Depressão/ Ansiedade, Isolamento, Risco e preocupação com o peso, Atitudes de controlo dos pais em relação à alimentação dos filhos e Silhouettes de Collins.

	ARFID	Percentil	Hábitos alimentares e hábitos familiares (mãe)	Hábitos alimentares e hábitos familiares (pai)	Hábitos alimentares e hábitos familiares (criança)	Depressão/ Ansiedade	Isolamento	Risco e Preocupação com o peso	Atitudes de controlo dos pais em relação à alimentação dos filhos	Silhueta de Collins
ARFID	1									
Percentil	-.341**	1								
Hábitos alimentares e hábitos familiares (mãe)	.031	-.107	1							
Hábitos alimentares e hábitos familiares (pai)	.192	-.189	.826**	1						
Hábitos alimentares e hábitos familiares (criança)	.071	.090	.852**	.773**	1					
Depressão/Ansiedade	.191**	-.020	.103	.076	.133	1				
Isolamento	.214**	-.029	.012	-.003	.011	.540**	1			

Risco e Preocupação com o peso	-.266**	.330**	-.274*	-.174	-.162	-.126	-.132	1		
Atitudes de controlo dos pais em relação à alimentação dos filhos	.076	-.025	0.029	-.018	-.009	.174**	.064	.302**	1	
Silhueta de Collins	-.142*	.352**	.107	.117	-.021	-.014	-.011	.083	-.010	1

* $p < .05$; ** $p < .01$.

Correlatos dos problemas alimentares restritivos-evitantes na infância

Utilizando as variáveis que se correlacionam significativamente com os comportamentos alimentares restritivos-evitantes, realizou-se uma Regressão Linear Múltipla no sentido de se perceber quais destas variáveis predizem os problemas alimentares restritivos-evitantes na infância. Na sequência, concluiu-se que apenas a subescala — “isolamento” —, prediz os padrões alimentares restritivos-evitantes ($t = 2.12, p = .04$). As restantes variáveis, tais como a subescala — “estilos de hábitos alimentares” da mãe ($t = .15, p = .88$), a subescala — “estilos e hábitos alimentares” do pai ($t = 1.29, p = .20$), a subescala — “depressão / ansiedade” ($t = .78, p = .44$), a subescala — “pressão para comer” ($t = 1.23, p = .22$), a escala — “risco e preocupação com o peso” ($t = -.81, p = .42$) e a escala — “*Silhouettes de Collins*” ($t = .19, p = .85$), não predizem os comportamentos alimentares restritivos-evitantes. Ou seja, o modelo de regressão linear múltipla aplicado, explica 24% da variância dos comportamentos alimentares restritivos-evitantes ($R^2_{aj} = .166, p < .001$) [$F(8,88) = 3.39, p < 0,001$], sendo o isolamento o preditor mais significativo deste padrão de alimentação, em que maiores níveis de isolamento surgem associados a maiores problemas deste tipo de alimentação.

Tabela 6

Resultados da Regressão Linear Múltipla para predizer os comportamentos alimentares restritivos-evitantes.

Preditores da ARFID				
	R^2 (R^2_{aj})	($F(8,88)$)	β	t
Sub. “Estilos e Hábitos Alimentares” (mãe)			.02	.15
Sub. “Estilo e Hábitos Alimentares” (pai)			.19	1.29
Sub. “Depressão/Ansiedade”			.09	.78
Sub. “Isolamento”	.24 (.17)	3.39*	.24	2.12*
Sub. “Pressão para Comer”			.12	1.23
Escala “Risco e Preocupação com o peso”			-.08	-.81
“Silhouettes de Collins”			.02	.19

* $p < .05$

Discussão

O presente estudo teve como intuito avaliar a frequência de casos possíveis da perturbação ARFID, dos seus quadros parciais numa amostra não-clínica de crianças, bem como perceber a relação destes quadros clínicos e parciais com fatores individuais da criança e fatores familiares relacionados com a alimentação.

Foi encontrada uma frequência de 22.4% de possíveis casos da perturbação alimentar restritiva-evitante no presente estudo. Este dado vai ao encontro ao que a literatura refere, nomeadamente num estudo realizado por Nicely et al. (2014) em que a prevalência da perturbação foi de 22.5%. Num outro estudo realizado por Williams et al. (2015) numa amostra clínica de 422 crianças, o crescimento insuficiente foi encontrado em 19.7% da amostra, a dependência nutricional caracterizada pela alimentação enteral foi encontrada em 16.8% das crianças, na dependência nutricional de suplementos orais foram encontradas 37.7% e por fim, a deficiência nutricional caracterizada por uma alimentação constituída por 10 ou menos alimentos mensais, foi encontrada em 21.5% da amostra. No presente estudo, a alimentação seletiva, caracterizada pela alimentação com base nos alimentos preferidos, foi encontrada em 34.2% das crianças, sendo a variável mais apontada pelos pais, acompanhada por 21.5% de crianças que apresentam pouco interesse na alimentação. Em contraste com o estudo realizado por Williams et al. (2015), neste estudo apenas 9.1% das crianças apresentam crescimento insuficiente e 0.3% necessitaram de uma alimentação suplementar, no entanto 19.6% das crianças têm dificuldades em ganhar peso. A percentagem de crianças que apresentam alimentação seletiva é maior, talvez pelo facto desta perturbação ser principalmente caracterizada pela falta de interesse na alimentação, no evitamento de alimentos com base nos seus atributos sensoriais e pela preocupação com as consequências aversivas (Williams et al., 2015), diminuindo assim a gama de alimentos ingeridos. Uma explicação encontrada para a percentagem baixa de crianças que utilizam outras formas de alimentação, como a alimentação entérica ou à base de suplementos orais, é que nem todas as crianças com ARFID necessitam de suplementos nutricionais na sua dieta, mas sim inserir certos alimentos com nutrientes precisos para atender às suas necessidades (Williams et al., 2015). No entanto é de realçar que o estudo realizado por Williams e colaboradores (2015), foi concebido numa amostra clínica de crianças ao contrário do presente estudo, podendo explicar as percentagens mais elevadas no estudo dos autores.

A segunda hipótese proposta no estudo foi confirmada, na medida em que, crianças que apresentam maiores índices de alimentação restritiva-evitante, não apresentam grandes preocupações com a imagem corporal. Certos indivíduos com ARFID podem apresentar baixo peso, em relação ao esperado no seu desenvolvimento, que podem ser confundidos com anorexia nervosa (Bryant-Waugh, 2013). No entanto, a ARFID foi proposta como um diagnóstico aperfeiçoado da EDNOS para descrever pacientes com uma alimentação restritiva acompanhada com possível desnutrição, mas sem qualquer preocupação com a imagem corporal ou medo de ganhar peso (Ornstein et al., 2013).

No presente estudo, sintomas de ansiedade aparecem associados a maiores comportamentos restritivos-evitantes, confirmando assim a terceira hipótese proposta. Esta indicação vai ao encontro ao que a literatura refere, nomeadamente um estudo realizado por Fisher et al. (2014), em que foram comparados pacientes com AN, BN e ARFID, sendo que esta última apresentava maiores taxas de transtornos de ansiedade, particularmente em 58% das crianças. Um outro estudo realizado por Nicholls et al. (2001), relata que existe um grau de sofrimento por parte das crianças e dos pais, assim como, altas taxas de ansiedade nos pacientes com uma alimentação seletiva.

Os resultados mostram também que, o isolamento está associado ao aumento de comportamentos alimentares restritivos-evitantes, sendo que, a quarta hipótese proposta é aceite. A literatura refere que hábitos alimentares pouco comuns, podem produzir graves problemas ao nível do funcionamento social e da ansiedade na criança, principalmente quando esta está exposta a situações de *stress* relacionados com as refeições e com conflitos que possam surgir entre a criança e os pais (Bryant-Waugh et al., 2010). O funcionamento psicossocial parece ser então um preditor relacionado com maiores taxas de evitamento dos alimentos. Nas horas em que as crianças deveriam socializar com os colegas na escola, pacientes com ARFID mostram complicações em conviver, por causa dos padrões alimentares pouco comuns (Fisher et al., 2014). O *stress* que acontece igualmente durante as refeições em casa, funciona como um indicador de um aumento desadaptativo do funcionamento psicossocial (Fisher et al., 2014). Nicholls et al. (2001), afirmam, a este propósito, que os paciente com comportamentos alimentares restritivos-evitantes, apresentam altas taxas de angústia e isolamento. Um estudo recente, realizado por Machado e colaboradores (2016), mostra, da mesma forma, que os comportamentos alimentares restritivos estão relacionados com

problemas emocionais e comportamentais e que a sua amostra obteve pontuações mais altas nas escalas que avaliavam problemas de ansiedade e de isolamento.

Os resultados obtidos em relação aos estilos e hábitos alimentares dos pais, mostram que quanto mais os padrões de alimentação dos pais são disfuncionais, maior a probabilidade dos comportamentos restritivos-evitantes das crianças. Estes maus hábitos e estilos alimentares são caracterizados pelo facto de não fazerem refeições em família, fazerem refeições de pé e a ver televisão, entre outras. Ou seja, avalia os momentos e lugares em que a família tem o hábito de realizar as refeições. Desta forma, a quinta hipótese proposta é aceite, em que práticas parentais desajustadas aumentam os comportamentos restritivos-evitantes. Estes dados vão ao encontro do que a literatura refere, sendo que o padrão alimentar da criança poderá surgir de componentes genéticas ou componentes aprendidas no seio familiar. Segundo Birch & Marlin (1982), há certos aspetos no ambiente familiar que influenciam o desenvolvimento das preferências alimentares e conseqüentemente a recusa de certos alimentos. Pais com extrema sensibilidade a certos alimentos fornecem também aos filhos uma gama restrita de alimentos (Chatoor, 2002). Assim sendo, a exposição limitada dos alimentos leva ao aumento da seletividade nas crianças, que aprendem pelo processo de modelagem (Harper & Sanders, 1975; Viana et al., 2009). Em muitas situações, os pais tentam dissuadir as crianças a comer certos alimentos que eles rejeitam, prometendo algumas regalias, como por exemplo poderem ver televisão, poderem comer gelados ou outros tipos de doces. Para Birch & Marlin (1982), estas técnicas poderão produzir um efeito negativo afastando o interesse da criança dos alimentos que anteriormente foram associadas a determinadas contingências.

No presente estudo, não foram encontradas associações entre os comportamentos alimentares restritivos-evitantes das crianças e as atitudes de controlo dos pais em relação à alimentação dos filhos, nomeadamente nas variáveis de restrição e monitorização. No entanto, os resultados revelaram uma associação positiva entre os comportamentos alimentares restritivos-evitantes da criança e a pressão para comer por parte dos pais. Relativamente às atitudes de controlo dos pais em relação à alimentação dos filhos, a variável de controlo restritivo está associada ao evitamento de alimentos considerados menos saudáveis, assim como à diminuição das quantidades calóricas (Viana et al., 2009). Este controlo restritivo, não se associa à perturbação restritiva-evitante, talvez porque esta restrição parental esteja mais associada a outras perturbações alimentares, tais como anorexia, bulimia, ingestão compulsiva e obesidade

(Viana et al., 2009). O aumento da ingestão energética assim como o peso das crianças, está associado a atitudes restritivas dos pais (Faith et al. 2004). A variável da monitorização, está associada a atitudes não exageradas de controlo alimentar por parte dos pais. Inclui ter cuidados com os alimentos que são comprados e que estão ao alcance da criança, assim como ser um modelo de promoção de alimentação saudável (Birch et al., 2001). Num estudo realizado por Brown et al. (2008), a monitorização por parte dos pais, encontra-se associada a maiores consumos de alimentos saudáveis (vegetais, frutas, etc.). Assim sendo, esta monitorização não está associada aos comportamentos restritivos-evitantes, na medida em que, esta variável se associa a alimentos saudáveis e promotores de uma boa saúde. Segundo Scaglioni et al. (2008), a variável pressão para comer está associada à imposição da ingestão de alimentos considerados mais saudáveis, como vegetais e frutas. A pressão para comer, exercida pelos pais, encontra-se associada a neofobia alimentar das crianças, assim como a hábitos alimentares menos saudáveis (Brown et al., 2008). Estas afirmações vêm ao encontro com os resultados obtidos, em que a pressão para comer encontra-se associada ao aumento de comportamentos alimentares restritivos-evitantes. No entanto, a pressão para comer pode ser uma estratégia adotada pelos pais, que produza efeitos negativos nas crianças, levando a que estas não possuam uma auto-regulação relacionada com a alimentação. Deste modo, a restrição alimentar parece estar mais associada à obesidade, a monitorização associada a uma alimentação saudável e a pressão para comer associada a um peso mais baixo da criança.

Em relação à preocupação com o peso, nomeadamente as variáveis relativas à perceção do peso da criança por parte das mães, podemos afirmar que maior perceção por parte da mãe em relação ao excesso de peso do filho e maior preocupação com este excesso, está associada a menos comportamentos alimentares restritivos-evitantes da criança. Especula-se que este dado se deva ao facto que haver um maior controlo por parte das mães em relação à alimentação, que se associa à restrição e monitorização alimentar. Seria importante, em estudos futuros, estudar estas possíveis correlações. No entanto, os resultados obtidos neste estudo também confirmam que quanto menor o peso das crianças, maior os comportamentos alimentares restritivos-evitantes.

Em relação às limitações do estudo, são apontadas duas, a saber: (i) o facto de ser um estudo transversal; e (ii) o facto da recolha ter sido efetuada com recurso a um instrumento de auto-relato e não uma entrevista aos pais. Em contrapartida, este estudo

contou com uma amostra elevada de crianças em idade escolar e contou com dois tipos de informadores, os pais e as crianças.

Seria importante, em estudos futuros, utilizar uma abordagem longitudinal com crianças em idade escolar e incluir novas variáveis, como sejam variáveis relacionadas com os pais, como o relacionamento entre os pais, entre os pais e os filhos e avaliar a diversidade de alimentos existentes nos padrões alimentares de cada família.

Concluindo, os resultados obtidos neste estudo, enriquecem a literatura elevando o atual nível do conhecimento sobre esta temática, nomeadamente quanto à frequência de quadros clínicos e parciais da perturbação alimentar restritiva-evitante que, parece ser, bastante comum em idades escolares. No entanto, as questões relativas ao bem-estar psicológico destas crianças, devem ser levadas com consideração, no sentido em que provocam sofrimento pessoal e familiar.

Referências

- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2003). Reliability, internal consistency, cross-informant agreement, and stability. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT.
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação empiricamente validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar: Um Sistema Integrado de Avaliação com Múltiplos Informadores*. Braga: Psiquilíbrios Edições. ISBN 978-989-8333-19-3.
- American Psychiatric Association [APA]. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-4* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Associação Americana de Psiquiatria [AAP]. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Birch, L. L., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., Markey, C. N., Sawyer, R., & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the Child Feeding Questionnaire: a measure of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36(3), 201-210. doi: 10.1006/appe.2001.0398.
- Birch, L.L., Marlin, D.W. (1982). I don't like it; I never tried it: effects of exposure on two-year-old children's food preferences. *Appetite*, 3(4), 353– 360. doi: 10.1016/S0195-6663(82)80053-6.
- Brown, K. A., Ogden, J., Vögele, C., & Gibson, E. L. (2008). The role of parental control practices in explaining children's diet and BMI. *Appetite*, 50(2-3), 252-259. doi: 10.1016/j.appet.2007.07.010.
- Bryant-Waugh, R. (2013). Avoidant restrictive food intake disorder: An illustrative case example. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 420-423. doi: 10.1002/eat.22093.
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E., & Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 98-111. doi: 10.1002/eat.20795.
- Budd, K. S., McGraw, T. E., Farbisz, R., Murphy, T. B., Hawkins, D., Heilman, N., &

- Werle, M. (1992). Psychosocial concomitants of children's feeding disorders. *Journal of Pediatric Psychology, 17*(1), 81-94. doi: 10.1093/jpepsy/17.1.81.
- Chatoor, I. (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: Diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 11*, 163–183. doi: 10.1016/S1056-4993(01)00002-5.
- Chatoor, I. (2009). Sensory Food Aversions in Infants and Toddlers. *Zero to Three(J)*, 29(3), 44-49.
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of Eating Disorders, 10*(2), 199-208. doi:10.1002/1098108X(199103)10:2<199::AIDEAT2260100209>3.0.CO;2-D.
- Eddy, K. T., Thomas, J. J., Hastings, E., Edkins, K., Lamont, E., Nevins, C. M., ... & Becker, A. E. (2015). Prevalence of DSM- 5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *International Journal of Eating Disorders, 48*(5), 464-470. doi: 10.1002/eat.22350.
- Faith, M. S., Scanlon, K. S., Birch, L. L., Francis, L. A., & Sherry, B. (2004). Parent- child feeding strategies and their relationships to child eating and weight status. *Obesity research, 12*(11), 1711-1722. doi: 10.1038/oby.2004.212.
- Fisher, M. M., Rosen, D. S., Ornstein, R. M., Mammel, K. A., Katzman, D. K., Rome, E. S., ... & Walsh, B. T. (2014). Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *Journal of Adolescent Health, 55*(1), 49-52. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.11.013.
- Golan, M., & Weizman, A. (1998). Reliability and validity of the family eating and activity habits questionnaire. *European Journal of Clinical Nutrition, 52*(10), 771-777. doi: 10.1038/sj.ejcn.1600647.
- Harper, L. V., & Sanders, K. M. (1975). The effect of adults' eating on young children's acceptance of unfamiliar foods. *Journal of Experimental Child Psychology, 20*(2), 206-214. doi: 10.1016/0022-0965(75)90098-3.
- Kenney, L., & Walsh, B. T. (2013). Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Eating Disorders Review, 24*(3), 1-4.
- Kreipe, R. E., & Palomaki, A. (2012). Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. *Current psychiatry reports, 14*(4), 421-431. doi:10.1007/s11920-012-0293-8.
- Lindberg, L., Bohlin, G., & Hagekull, B. (1991). Early feeding problems in a normal population. *International Journal of Eating Disorders, 10*(4), 395-405.

- doi: 10.1002/1098-108X(199107)10:4<395::AID-EAT2260100404>3.0.CO;2-A.
- Machado, B. C., Dias, P., Lima, V. S., Campos, J., & Gonçalves, S. (2016). Prevalence and correlates of picky eating in preschool-aged children: A population-based study. *Eating behaviors*, 22, 16-21. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.03.035.
- Marchi, M., & Cohen, P. (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 112-117. doi: 10.1097/00004583-199001000-00017.
- Martin, S. P., & Golden, N. H. (2014). Eating disorders in children, adolescents, and young adults.
- Nicely, T. A., Lane-Loney, S., Masciulli, E., Hollenbeak, C. S., & Ornstein, R. M. (2014). Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disord*, 2(1), 21. doi:10.1186/s40337-014-0021-3.
- Nicholls, D., Christie, D., Randall, L., & Lask, B. (2001). Selective eating: symptom, disorder or normal variant. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6(2), 257-270. doi: 10.1177/1359104501006002007.
- Norris, M. L., & Katzman, D. K. (2015). Change is never easy, but It is possible: reflections on avoidant/restrictive food intake disorder Two years after its introduction in the DSM-5. *Journal of Adolescent Health*, 57(1), 8-9. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.04.021.
- Ornstein, R. M., Rosen, D. S., Mammel, K. A., Callahan, S. T., Forman, S., Jay, M. S., & Walsh, B. T. (2013). Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *Journal of Adolescent Health*, 53(2), 303-305. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.03.025.
- Rydell, A. M., Dahl, M., & Sundelin, C. (1995). Characteristics of school children who are choosy eaters. *The Journal of genetic psychology*, 156(2), 217-229. doi: 10.1080/00221325.1995.9914818.
- Scaglioni, S., Salvioni, M., & Galimberti, C. (2008). Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *British Journal of Nutrition*, 99(S1), S22-S25. doi: 10.1017/S0007114508892471.
- Timimi, S., Douglas, J., & Tsiftopoulou, K. (1997). Selective eaters: a retrospective case note study. *Child: care, health and development*, 23(3), 265-278. doi:

10.1111/j.1365-2214.1997.tb00968.x .

Tirico, P. P., Stefano, S. C., & Blay, S. L. (2010). Quality of life and eating disorders: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(3), 431-449.

doi: 10.1590/S0102311X2010000300002.

Viana, V., Candeias, L., Rego, C. I. I. I., & Silva, D. (2009). Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: Uma revisão da bibliografia. *Alimentação Humana*, 15(1), 9-16.

Viana, V., Franco, T., Morais, C., Almeida, P., Silva, D., & Guerra, A. (2012). Controlo alimentar materno e estado ponderal: resultados do questionário alimentar para crianças. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 298-310.

Williams, K. E., Hendy, H. M., Field, D. G., Belousov, Y., Riegel, K., & Harclerode, W. (2015). Implications of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) on children with feeding problems. *Children's Health Care*, 44(4), 307-321.

doi: 10.1080/02739615.2014.921789.