

Peculiaridades alimentares referentes a infância, é possível lidar com elas?

O artigo mostra um estudo de caso de um garoto que se recusava a comer alimentos em textura sólida, mas por meio de intervenções clássicas da abordagem cognitivo-comportamental apresentou significativas melhoras após 13 sessões, resultado que perdurou depois do término dos atendimentos.

# Uma intervenção cognitivo-comportamental com uma criança com dificuldades alimentares: Pedro descobriu que gostava de comer

**Vera Lúcia Moreira Ramalho**

*Psiquilíbrios – Centro de Consulta Psicológica e Apoio Educativo – Portugal*

**António Miguel Pereira Ribeiro**

*Universidade do Minho – Portugal*

## Resumo

Este artigo visa descrever a intervenção com uma criança de 7 anos de idade com problemas alimentares: Pedro recusava-se a comer alimentos sólidos desde bebê. A intervenção baseou-se nos princípios cognitivo-comportamentais, incluindo treino parental e exposição gradual aos alimentos evitados, seguida de reforço positivo. Contudo, na fase final, seguiu-se uma orientação narrativa, no sentido de promover a consolidação da mudança, por meio da elaboração de resultados únicos e validação social da mudança. O comportamento alimentar de Pedro melhorou ao longo das 13 sessões. Vale destacar que os ganhos se mantiveram até a última consulta de *follow-up* que aconteceu 6 meses depois da finalização.

**Palavras-chave:** problemas alimentares; infância; intervenção cognitivo-comportamental; terapia cognitiva narrativa

## Abstract

*A cognitive-behavioural intervention in a child with feeding problems: Peter discovered that he enjoys eating.* This case study aims to describe an intervention with a 7-years-old child with feeding problems: Pedro refused to eat any solid food since he was a baby. The intervention was based on cognitive-behavioural principles and included parental training and exposure to the avoided aliments followed by positive reinforcement. In the final stage, however, the intervention was inspired by the narrative therapy, in order to consolidate the change. This phase included elaboration of unique outcomes and social validation of the change. The child's feeding behaviour considerably improved throughout the 13 sessions. The positive changes have been maintained until the last follow-up session, 6 months after de finalization.

**Keywords:** feeding problems; childhood; cognitive-behavioural intervention; narrative cognitive therapy

**D**urante a infância, as crianças apresentam uma grande diversidade de padrões alimentares, sendo que na maior parte dos casos, esta variedade não constitui uma perturbação do comportamento alimentar (Bryant-Waug & Lask, 2002; Kerwin, 1999; Skuse, 1994). Alguns padrões alimentares pouco usuais estão associados a fases normais do desenvolvimento. A título de exemplo, uma grande parte das crianças com idades entre um e três anos come somente uma variedade muito limitada de alimentos, que abrange apenas três ou quatro alimentos distintos. No que diz respeito à idade pré-escolar, é comum as crianças atravessarem uma fase de alimentação bastante restritiva. Os padrões descritos tendem a desaparecer com o tempo e apenas algumas crianças persistem com uma alimentação tão restritiva (Bryant-Waug & Lask, 2002).

A multiplicidade dos problemas alimentares apresentados pelas crianças associada à diversidade de disciplinas que intervêm na resolução dos mesmos torna difícil a tarefa de aferir a incidência destes problemas. Esta mesma variedade constitui, ainda, um entrave às tentativas de construir um sistema de classificação estandardizado das perturbações do comportamento alimentar na infância (Linscheid, 2001).

Alguns autores (e.g., Davies et al., 2006; Kerwin, 2003) chamam a atenção para os sistemas de classificação, nomeadamente o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), que não abarcam a globalidade das perturbações do comportamento alimentar na infância. As principais críticas apontadas às nosologias disponíveis, centram-se na sua natureza reducionista, uma vez que tendem a definir os problemas alimentares como existindo apenas na criança, sendo

os contextos de desenvolvimento, emocional, social, nutricional, e mesmo, médico, desvalorizados (Davies et al., 2006). Esta atenção exclusiva na criança negligencia os estudos que têm vindo a corroborar o modelo biopsicossocial, segundo o qual os fatores fisiológicos, psicológicos, comportamentais e sociais se influenciam de forma recíproca, colaborando conjuntamente para o desenvolvimento dos problemas alimentares (Kerwin, 1999; para uma revisão). Na verdade, apesar de terem sido identificadas possíveis causas orgânicas para o início dos problemas alimentares, (e.g., condições neuro-musculares, alergias e infecções) estas raramente explicam a persistência do problema, sendo que, por outro lado, os fatores ambientais como a má gestão do comportamento da criança durante as refeições desempenham um papel decisivo (Werle, Murphy, & Budd, 1993; para um análise aprofundada). A alimentação na infância é fundamentalmente um processo relacional (Davies et al., 2006), que para além de exigir coordenação muscular, envolve as relações com os cuidadores e com o ambiente em geral (Blisset & Harrist, 2002; Kerwin, 1999).

Outra crítica dirigida aos sistemas de classificação “tradicionais” refere-se ao fato de, numa atitude de imitação do modelo médico, olharem para os problemas alimentares como um sinónimo de perda de peso ou de dificuldade em ganhar peso (Kerwin, 2003). Assim, os sistemas de classificação centram-se, de um modo geral, na dificuldade persistente da criança para se alimentar adequadamente e no impacto negativo do ganho de peso. Contudo, algumas crianças experienciam problemas alimentares que não resultam numa limitação clara do seu desenvolvimento físico (Kerwin, 2003). Questiona-se, então, se estas dificuldades serão menos “problemáticas” para o funcionamento (e desenvolvimento) da criança e da família.

Ao longo deste artigo iremos expor o caso de Pedro que, não se enquadrando em nenhuma das categorias de diagnóstico dos sistemas de classificação tradicionais, apresentava dificuldades alimentares que comprometiam significativamente o seu funcionamento, bem como o da sua família. Começamos por analisar o problema, depois expomos a nossa compreensão do mesmo e, finalmente, apresentamos o processo de intervenção e respectivos resultados.

### *A história de Pedro<sup>1</sup>*

Pedro tem 7 anos e insere-se numa família de nível socioeconómico médio. Vive com os pais e com o irmão de 13 anos. Frequenta o 2<sup>o</sup> ano do ensino fundamental.

Os pais de Pedro recorreram à psicoterapia porque o filho ingeria apenas alimentos líquidos, recusando-se terminantemente a experimentar alimentos sólidos, ou qualquer alimento diferente daqueles a que estava habituado, ainda que líquidos.

Desde bebê que Pedro ingeria somente líquidos. A mãe confeccionava-lhe caldos nutricionalmente ricos, que incluíam carne ou peixe e preparava outra refeição para o resto da família. Quando Pedro era forçado a provar algum alimento novo, começava a chorar e permanecia imóvel. Posteriormente, revoltava-se contra os pais dizendo que estes não gostavam dele.

Para além de se recusar a provar alimentos sólidos, Pedro não manifestava qualquer desejo de experimentar os

alimentos que habitualmente as crianças da sua idade gostam, como sorvetes, guloseimas, gelatina, etc. As suas refeições resumiam-se a: leite, sopa, papas, fruta amassada ou batidos. Todavia, apresentava altura e peso normais, sendo que nunca se verificaram complicações médicas secundárias a este padrão alimentar. A opinião do pediatra era de que este problema seria ultrapassado com o tempo, apesar da insistência dos pais no pedido de ajuda.

A procura de ajuda neste momento relacionava-se com o fato de os pais considerarem que o problema já tinha se arrastado durante muito tempo, podendo vir a causar dificuldades a Pedro no futuro, principalmente ao nível das relações interpessoais. Os pais haviam sido encaminhados para nós pela psicóloga que trabalhava no colégio que Pedro frequentava, depois de terem passado por um psicólogo em seu bairro.

### *O olhar dos terapeutas*

Embora as práticas alimentares variem consideravelmente entre as diferentes culturas, recomenda-se a introdução dos alimentos sólidos na dieta dos bebês entre os quatro e os seis meses de idade (Department of Health and Social Security, 1988, citado por Skuse, 1994). Alguns autores sugerem que caso os alimentos sólidos, que requerem mastigação, não sejam introduzidos entre os seis-sete meses, as crianças tenderão a resistir a aceitá-los posteriormente (Skuse, 1994). Por sua vez, Harris (1990, citado por Skuse, 1994) defende que o primeiro ano de vida constitui um período “sensível”, não apenas para a tolerância a novas texturas (como os alimentos sólidos), mas também a novos sabores. Ou seja, as preferências alimentares resultam do condicionamento por exposição nos primeiros meses. Assim, uma introdução tardia de novos sabores pode resultar na recusa de novos alimentos, a que Harris (1992, citado por Skuse, 1994) chama *neofobia*. Birch e colaboradores (1982, citado por Werle et al., 1993) investigaram o impacto da exposição repetida nas preferências alimentares das crianças em idade pré-escolar. Os resultados desse estudo revelaram que as crianças eram significativamente mais receptivas a novos alimentos depois de 10 ou mais exposições. Além disso, evidenciaram que, se o intuito é o de alterar as preferências das crianças, elas devem *provar* os novos alimentos, em vez de simplesmente cheirá-los ou observá-los (Birch, 1990).

No caso de Pedro, a recusa aos alimentos sólidos e novos, consolidou as suas crenças relacionadas com o medo de se engasgar. Isto deveu-se, em parte, ao seu parco conhecimento sobre os alimentos e ainda ao desconhecimento do processo digestivo. O medo de se engasgar, poderia estar relacionado, de alguma forma, com a ausência de maturação dos movimentos da língua. Os movimentos da língua das crianças que não mastigaram alimentos sólidos durante o primeiro ano de vida são imaturos e restritos; conseqüentemente, os alimentos tendem a não ser devidamente mastigados, tornando-se, de fato, mais difíceis de engolir (Skuse, 1994).

Outro aspecto que parece ter contribuído para a rejeição alimentar de Pedro relaciona-se com o fato dos pais apresentarem posturas contrárias no que concerne à forma como lidavam com o problema do filho: a mãe acreditava que Pedro deveria comer sem ser forçado e, por isso, era muito paciente e cedia a

todos os seus pedidos, embora se mostrasse irritada em alguns momentos. O pai, por sua vez, desempenhava o papel de “vilão”, exigindo que Pedro provasse um ou outro alimento, embora este padrão oscilasse também com a permissividade. Na verdade, a ausência de uma ação conjunta e consistente por parte dos pais fazia com que Pedro acabasse por conseguir ingerir apenas alimentos líquidos.

Assim, em termos desenvolvimentais, Pedro não só fracassou na tarefa de transição dos alimentos líquidos para os alimentos sólidos, como também viu comprometida a sua autonomia. Na verdade, o problema favorecia uma incipiente separação/autonomia de Pedro em relação à família já que, por exigir cuidados especiais (só comia sopa feita pela mãe), precisava manter-se próximo dos pais e de costas voltadas para o exterior (Alarcão, 2006). Não participava de festas de colegas da escola, e manifestava um elevado sentimento de falta de segurança e de controle, conduzindo-o a uma excessiva dependência dos pais.

Vale salientar que as pesquisas têm atestado que os problemas alimentares podem constituir indicadores de dificuldades emocionais entre os pais e a criança (Davies et al., 2006; Kerwin, 1999). Por seu turno, Mussell, Binford e Fulkerson (2000) apontam as relações familiares emaranhadas e a superproteção materna como fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações do comportamento alimentar. No caso de Pedro, a relação com os seus pais, sobretudo com a mãe, era marcada pela proteção nas situações em que poderia ver-se forçado a comer fora de casa, o que acabou por funcionar como mais um fator de manutenção do problema e de evitamento do confronto com situações percebidas como ameaçadoras, como as festas de amigos ou familiares.

Do ponto de vista do sistema familiar, a persistência deste padrão familiar (baseado na proteção) poderá colidir com as finalidades individuais de autonomia de Pedro, o que não permite que a família evolua ao nível do ciclo vital e acabe por manter os sintomas (Relvas, 2004).

## A intervenção

### *Princípios orientadores*

O processo de intervenção decorreu ao longo de 13 sessões, em regime de co-terapia. A orientação dada a este caso foi cognitivo-comportamental (Gonçalves, 1999). Todavia, na fase final deste processo, a intervenção inspirou-se nos princípios da terapia narrativa de re-autoria, no sentido da consolidação da mudança (White & Epston, 1990).

A opção pela primeira abordagem justifica-se pelo fato de a terapia cognitivo-comportamental ser amplamente reconhecida como uma intervenção altamente eficaz nos casos de perturbações alimentares, em geral (e.g., Duchesne & Almeida, 2002; Fairburn et al., 1991; Wilson & Fairburn, 1998) e na infância, em particular (Blissett & Harris, 2002; Kerwin, 1999). Assim, usamos estratégias para reduzir a restrição alimentar e aumentar o comportamento alimentar desejado, como o reforço positivo, associadas à promoção de um ambiente agradável durante as refeições e à atenção diferencial (Kerwin, 1999).

A atenção diferencial consiste na atenção positiva perante a apresentação de um comportamento alimentar desejado e no ignorar de comportamentos que não se coadunam com o comportamento alimentar esperado. Numa fase posterior, a intervenção incluiu ainda o desafio de crenças associadas aos alimentos e à possibilidade de Pedro se engasgar. Finalmente, teve lugar a exposição gradual aos alimentos e às situações até aquele momento evitadas por Pedro.

O recurso à terapia narrativa de re-autoria, de White e Epston (1990), permitiu que Pedro se distanciasse da narrativa problemática – nunca vou comer – e construísse uma história preferencial – a de um rapaz que come como os outros. A re-autoria pode perceber-se como um processo de recriação, uma vez que, à medida que as pessoas se distanciam das narrativas problemáticas que as impedem de viver narrativas preferenciais, emergem, gradualmente, novos significados para a sua identidade (White & Epston, 1990). Esta abordagem revelou-se profícua, na medida em que facilitou a exploração de alternativas que abriram um leque de possibilidades para o futuro. Assim, Pedro teve oportunidade de abandonar o registro do problema, flexibilizando em conjunto com os terapeutas e com os outros significativos (e.g., pais e familiares) as suas significações e ampliando aquelas que considerava preferenciais. Este aspecto foi decisivo para o desenrolar da terapia, sendo no nosso entender, a liberdade para criar e explorar diferentes possibilidades de aproximação aos alimentos um dos aspectos que mais contribuiu para a mudança de Pedro.

Salienta-se que as consultas seguiram uma estrutura dual, isto é, uma parte da sessão era dedicada aos pais, no sentido de fomentar a construção de uma equipa coesa, sendo a outra parte dedicada exclusivamente a Pedro. Os pais eram vistos como co-terapeutas, o que implicava a sua participação ativa no processo, potenciando o seu papel na mudança. Na verdade, o envolvimento da família no processo terapêutico e na construção do plano de tratamento é um elemento fundamental da abordagem clínica, contribuindo para a aliança terapêutica e para a adesão ao processo (Bouça & Sampaio, 2002).

### *Fases da intervenção*

No sentido de facilitar a compreensão do processo terapêutico com Pedro e com os seus pais, juntamos os diferentes objetivos terapêuticos em quatro momentos de intervenção: (1) estabelecimento da relação terapêutica; (2) promoção do conhecimento de Pedro sobre os alimentos e sobre a sua digestão; (3) diversificação da alimentação de Pedro por meio da introdução de alimentos sólidos; e (4) consolidação das mudanças e construção da nova narrativa de Pedro.

Não queremos, com esta divisão, veicular a idéia de que as diferentes fases são estanques e que os resultados finais resultam do mero somatório das mesmas. Pelo contrário, assumimos que a mudança é feita de avanços e recuos e, ao longo do processo, sentimos a necessidade de voltar a etapas anteriores e/ou reorientar a intervenção.

*Estabelecimento da relação terapêutica.* Depois de finalizada a avaliação com os pais<sup>2</sup>, o passo seguinte consistiu em conhecer Pedro.

Durante a sessão foi fácil perceber que Pedro não tinha tanto interesse na comida como quanto os pais desejavam. De uma forma geral, Pedro via-se como um menino que não comia alimentos sólidos como os outros meninos da sua escola. A idéia de ser diferente dos outros rapazes no que respeita à alimentação e a forma como isso influenciava a sua vida acabou por servir-nos de mote para iniciar o trabalho com Pedro.

Poucos minutos de conversa bastaram para percebermos que, ao longo do seu crescimento, os seus comportamentos de evitação face aos alimentos foram se consolidando num conjunto de argumentos irrefutáveis a favor das suas “sopinhas” e contra qualquer outro alimento. Além disso, Pedro parecia não atribuir qualquer significado à alimentação ou aos momentos de refeição.

Saímos dessa consulta com a certeza de que tínhamos em mãos um grande desafio, mas também perplexos. Como era possível uma criança de sete anos nunca ter mastigado nada?

Consideramos essencial estabelecer a relação terapêutica com os pais e com Pedro, no sentido de fortalecer a colaboração de todas as partes. A aliança terapêutica tem sido considerada um fator fundamental em todas as formas de psicoterapia, constituindo um potencial instrumento de mudança (Greaves, 2007; Hawley, 2003; Safran & Muran, 2000). O desenvolvimento de uma relação terapêutica positiva está entre o prenúncio de maior sucesso na psicoterapia com adultos, considerando diferentes problemáticas e orientações terapêuticas. No que concerne à psicoterapia com crianças, poucos são os estudos que se debruçam sobre a aliança terapêutica, especialmente nos serviços de saúde mental (Hawley, 2003). Num estudo de 2003, Hawley refere que a aliança estabelecida pelos pais e pela criança com o terapeuta está significativamente relacionada com a satisfação com a terapia, contudo, apenas a relação terapêutica da criança se relaciona significativamente com a melhoria dos sintomas.

Acreditamos que a relação estabelecida com Pedro teve um papel decisivo na promoção de competências e do seu sentimento de segurança para ultrapassar as dificuldades inerentes a esse processo. Aos poucos, Pedro começou a alcançar algo que de início não era o seu objetivo, mas que gradualmente foi-se transformando numa meta a alcançar – comer alimentos sólidos como as outras crianças da sua idade.

Um aspecto que transpôs todo o processo, relaciona-se com a mobilização de recursos e competências de Pedro e da família de forma a motivar a mudança e assegurar resultados duradouros (De Shazer, 1991; O’Connel, 2000). Assim, analisamos com os pais e com Pedro as competências adquiridas ao longo da sua vida, incluindo vivências do passado e aquelas relacionadas com outras situações em que Pedro se saiu bem, de forma a poder usá-las para gerir a ansiedade sentida nas situações atuais.

*Promoção do conhecimento de Pedro sobre os alimentos e sobre a sua digestão.* Apesar da aparente inflexibilidade de Pedro no que concerne à introdução de alimentos sólidos na sua alimentação, a vontade de conhecer e até de experimentar alguns alimentos começou a tornar-se cada vez mais forte. Com o passar das sessões, foi para nós notório que a rejeição do Pedro aos alimentos estava também relacionada com o seu escasso

conhecimento acerca dos mesmos.

Fundamental numa fase inicial do trabalho com Pedro foi perceber quais as crenças ou pensamentos que poderiam estar mantendo a restrição alimentar e a recusa aos alimentos sólidos. Exploraram-se também os efeitos corporais, emocionais e cognitivos da evitação dos alimentos sólidos e/ou novos. Este conhecimento e consequente debate das crenças, foi importante para prevenir que Pedro rejeitasse conhecer os alimentos e permitisse, mais tarde, iniciar a exposição.

Pedro apresentava um escasso conhecimento sobre os processos digestivos, incluindo a mastigação e a deglutição dos alimentos, aspecto que contribuía para que evitasse os alimentos sólidos, que evitava também pelo receio de se engasgar. Assim, esta etapa do processo terapêutico incluiu um módulo educativo, em que Pedro obteve conhecimento de como se processa a digestão, com especial enfoque na mastigação e deglutição dos alimentos de forma a perceber que seria capaz de comer sem se engasgar. O objetivo central era dar poder a Pedro, ou seja, aumentar a sua percepção de controle em relação às refeições e promover a redução progressiva da evitação dos alimentos sólidos.

Depois, foram apresentados a Pedro, por meio de imagens de livros, um conjunto de alimentos (doces e salgados) mais apreciados pelas crianças, apelando a aparência estética dos mesmos. Posteriormente, elaboramos uma hierarquia de alimentos que tivessem suscitado a curiosidade de Pedro para conhecê-los ao vivo. Os alimentos eram levados para as sessões e, à medida que eram apresentados, os terapeutas partilhavam os seus gostos e apelavam às sensações sensoriais (o cheiro, o sabor, o toque), identificando com Pedro cognições e sensações físicas associadas aos mesmos e, posteriormente, ao medo de engasgar. A exploração da multiplicidade de estímulos sensoriais possíveis em relação aos alimentos tinha como objetivo apelar ao desenvolvimento do interesse pelos mesmos. Esperávamos que, à medida que Pedro alargasse o leque de alimentos conhecidos, passaria a atribuir-lhes um significado diferente. No futuro, a diversidade de experiências com cada alimento iria promover a escolha e permitir elaborar uma escala diferenciada de interesse.

Nos intervalos entre sessões, sugerimos a Pedro e aos pais que continuassem a conhecer os alimentos e que fizessem o registro daqueles que despertassem interesse em Pedro, acompanhado de imagens dos mesmos. Em consulta fizemos a análise e discussão dos alimentos em termos sensoriais.

Em momentos distintos, fomos a um hipermercado, uma mercearia e vários cafés, onde era solicitado a Pedro que apenas observasse e, quando possível, tocasse e cheirasse os alimentos. Embora inicialmente Pedro tivesse manifestado pouco interesse em relação aos alimentos, aos poucos foi demonstrando entusiasmo e muita curiosidade (embora não os provasse).

*Diversificação da alimentação de Pedro por meio da introdução de alimentos sólidos.* Depois de consolidado o conhecimento de Pedro sobre os alimentos, elaboramos um plano terapêutico baseado na introdução gradual de alimentos sólidos e variados, semelhante à exposição gradual a um estímulo fóbico (Gonçalves, 1999). Esperava-se que a exposição resultasse num

processo de extinção ou contracondicionamento, pois à medida que Pedro provasse alimentos novos, a ansiedade face a estes tenderia a diminuir gradualmente.

Esse momento contou inicialmente com a promoção de competências dos pais, necessárias à boa gestão do comportamento alimentar de Pedro, à semelhança do que é sugerido por autores como Werle e colaboradores (1993), Kerwin (1999) e Brazelton (2004). Em paralelo, focamos comportamentos que ajudariam a promover um ambiente tranquilo durante as refeições, como por exemplo: não ameaçar ou gritar para que coma; dar pequenas porções de cada vez, promovendo a habituação de Pedro aos alimentos; permitir alguma liberdade de escolha dos alimentos; encorajar os progressos de Pedro; bolachas, sucos ou outros alimentos deveriam ser dados apenas se Pedro comesse a refeição. Além disso, os pais foram incentivados a agir como uma equipe coesa, ou seja, Pedro seria informado que as decisões relativas à alimentação eram o resultado de uma determinação de ambos.

De uma forma geral, as sessões com os pais oscilavam entre o questionamento orientado à procura de alternativas aos comportamentos que ajudavam a sustentar o problema e de como a proteção excessiva poderia estar a manter a evitação de Pedro aos alimentos sólidos e a dependência em relação aos pais. Os pais foram ajudados a definir novas formas de lidar com a evitação, determinando, por exemplo, que, gradualmente, Pedro iria deixar de agitar o iogurte excessivamente até ficar muito líquido, como habitualmente fazia, bem como, quando começaria a introduzir pequenos pedaços de alimentos na sopa.

Como Pedro demonstrava interesse na confecção das refeições, concluímos que seria proveitoso que ajudasse a mãe na elaboração das mesmas e que fosse com os pais às compras.

Construímos com Pedro uma hierarquia de alimentos que incluía desde os mais desejados até os mais “temidos”. Foi explicado a Pedro que iria experienciar uma subida de ansiedade quando tivesse de experimentar os alimentos, mas que depois aconteceria uma descida gradual da mesma.

As primeiras provas foram realizadas em consulta (e repetidas em casa) com alimentos conhecidos e selecionados por Pedro. O apoio dos terapeutas revelou-se importante para suportar a experiência das sensações associadas a esta nova etapa. Para tanto, acordou-se com Pedro que nas sessões que se seguiriam cada um de nós traria um alimento para provarmos. Em seguida, o foco foi voltado para a motivação de Pedro para provar novos sabores e texturas.

Acordamos com os pais e com Pedro como seriam as suas primeiras refeições em casa, quais os alimentos que Pedro iria provar e a quantidade. Inicialmente, para motivá-lo a comer, a mãe iria confeccionar pratos que considerava que pudessem agradá-lo, como purê ou massa. Pedro deveria ser reforçado quando comia a quantidade combinada com os pais, sendo esse reforço na maioria sob a forma de momentos de lazer. Também foi acordado com os pais e com Pedro que ele não seria punido por não comer e que teria um tempo limite para fazê-lo. Inicialmente, como Pedro não estava habituado a mastigar, o tempo estipulado foi maior, diminuindo gradualmente até ser capaz de finalizar a refeição ao mesmo tempo que os pais.

Ao longo desta fase de introdução dos alimentos sólidos, foi

combinado com os pais e com Pedro que deveria comer sozinho, no sentido de promover um sentimento de controle. Os pais foram alertados para não forçá-lo a comer e para respeitarem os seus sinais de fome e saciação, em vez de tentarem impor as suas expectativas.

Nesse processo, foi também fundamental continuar a promover competências de Pedro para lidar com o medo de se engasgar (que deixou de aparecer após as primeiras refeições), bem como explorar os efeitos de não comer, agora e no futuro.

*Consolidação das mudanças e construção de uma nova história.* Ao fim de cerca de dois meses, Pedro já ingeria um conjunto de alimentos sólidos selecionados com a ajuda dos pais e estava a aumentar de peso. A maior dificuldade consistia no tempo que Pedro demorava a mastigar os alimentos, exigindo paciência. Era notório que as novas experiências alimentares, ao mesmo tempo em que quebravam a associação entre alimentos novos e/ou sólidos e a ansiedade, constituíam argumentos contra a narrativa problemática (do Pedro que não comia como os outros meninos da sua idade). O discurso de Pedro sobre si próprio começou, então, a integrar estas *exceções*, como se pode observar em expressões como “já sou quase como um menino normal”. Em resposta a este movimento do cliente, a prática narrativa começou a impor-se à prática cognitivo-comportamental, tendo esta transição acontecido na fase final do processo, no sentido de favorecer a consolidação da mudança.

De acordo com White e Epston (1990), a mudança constrói-se a partir da expansão dos resultados únicos (momentos de exceção ao problema). Na fase final da terapia, a nossa tarefa foi contribuir para o alargamento e consolidação desses resultados únicos (Gonçalves & Henriques, 2005), integrando-os numa nova narrativa.

A metáfora externalizadora *preparar para crescer* (Stacey, 1997, citado por Gonçalves & Henriques, 2005) também contribuiu para a mudança, permitindo incentivar Pedro a provar novos alimentos mediante o foco no crescimento. Ainda centrados na metáfora do crescimento, pensamos com Pedro sobre os benefícios da introdução de alimentos sólidos na sua dieta, sendo concluído que essa alteração fez com que pudesse partilhar as refeições na escola com os seus colegas e, porque começou a ganhar peso, pôde integrar a equipe de futebol de seu bairro (aspecto muito valorizado por Pedro, que serviu como um aliado e impulsionador para uma alimentação saudável e diversificada).

O foco nos momentos em que Pedro progredia na alimentação foi determinante para motivar a ação dos pais. Estes eram, assim, convidados a relatar os momentos em que Pedro provava novos alimentos, salientando a contribuição de cada membro da família, bem como outras situações em que ajudaram o filho a vencer a evitação.

No decorrer desse processo com os pais, a elaboração dos resultados únicos tinha como objetivo a promoção da construção de uma narrativa sobre o papel dos pais na nova dieta alimentar de Pedro, fugindo à história dominante. Esse processo compreendeu a consideração do conhecimento da experiência dos pais, compreendendo fatores emocionais e a atribuição de novos significados aos momentos em que superavam o problema,

sob a forma de outras possibilidades (White & Epston, 1990). Essas histórias alternativas, que cada vez mais eram vividas pelos pais e por Pedro como preferenciais, contribuíram para realçar as suas capacidades para ultrapassar o problema, tornando-se úteis na consolidação da mudança e na criação da nova narrativa familiar.

Não menos importante foi o foco dado ao futuro, criando oportunidade à família de se imaginarem no tempo, com e sem o problema. A imaginação do futuro permite promover a expansão e consolidação da mudança (White & Epston, 1990). Para este efeito também recorremos a questões, como por exemplo: “De que modo esta nova forma dos pais agirem perante a alimentação de Pedro irá ajuda-lo a tornar-se um rapaz crescido?”; “Qual acham que será o próximo passo?”.

Posteriormente, procurou-se sedimentar o processo de validação social da mudança de Pedro, junto dos pais, de outros significativos e dos próprios terapeutas (Gonçalves & Henriques, 2005), mobilizando audiências para a sua nova história. Para esse efeito, confeccionou-se um poster que retrata a história da relação de Pedro com os alimentos, desde o tempo em que só comia líquidos, passando pela época em que começou a comer alguns sólidos, até a *nova era*, em que come normalmente. Esse poster ficou exposto numa sala da clínica onde se encontram guardados documentos semelhantes feitos por outras crianças, para que possam ser consultados por novos clientes.

Finalmente, foi escrita uma carta a Pedro, na qual se documenta o processo terapêutico, a partir das notas dos terapeutas (Freedman & Combs, 1996), salientando os progressos conseguidos e os meios utilizados por Pedro para atingi-los. A escrita de cartas aos clientes é uma ferramenta de validação, muito utilizada pelos terapeutas narrativos (White & Epston, 1990), podendo, por outro lado, constituir um importante recurso para o cliente em situações de risco e de potencial retorno do domínio do problema sobre as suas vidas (Gonçalves & Henriques, 2005).

### Considerações finais

Durante muito tempo, Pedro alimentou-se somente de líquidos, sendo naturalmente todo este processo composto por avanços e recuos. Hoje em dia, come uma grande variedade de alimentos sólidos e a sua curiosidade pelos mesmos aumentou substancialmente<sup>3</sup>. A mudança é visível, não apenas ao nível do seu comportamento, mas também ao nível da sua narrativa: “Já sou um rapaz como os outros!”.

Ao longo desse processo esforçamo-nos por compreender o significado que o problema tinha na vida de Pedro e da sua família, com o intuito de ajudá-los a definir se pretendiam mantê-lo, ou se preferiam questioná-lo e libertar-se do mesmo. Durante esta “viagem” foi importante conhecer o Pedro sem o problema, ao mesmo tempo em que fazíamos ressaltar potencialidades e características que pudessem ajudá-lo a redefinir a sua alimentação e a lidar com esta situação.

Ao aceitar experimentar novas formas de estar perante a alimentação, Pedro foi argumentador, realizador e ator da sua própria história e agora consegue ver-se, não apenas como aquele que também prepara os próximos passos em relação à

sua alimentação, mas também como alguém que aprecia tudo o que envolve esse processo. A sua criatividade e o desejo de crescer favoreceram o sucesso da terapia (Bohart & Tallman, 1999, citado por Greaves, 2007).

### Referências

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Birch, L. L. (1990). The control of food intake by young children: the role of learning. In E. D. Capaldi & T. L. Powley (Orgs.), *Taste, experience, and feeding* (pp. 116-135). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blisset, J., & Harrist, G. (2002). A behavioural intervention in a child with feeding problems. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 15, 255-260.
- Bouça, D., & Sampaio, D. (2002). Avaliação clínica nas doenças do comportamento alimentar. *Revista Portuguesa de Psicossomática* (Porto), 4(2), 121-133.
- Brazelton, T., & Joshua, D. (2004). *O Método Brazelton: a criança e a alimentação*. Lisboa: Presença.
- Bryant-Waug, R., & Lask, B. (2002). *Doenças do comportamento alimentar*. Lisboa: Presença.
- Davies, W., Sato, K., Arvedson, E., Satter, E., Silverman, A., & Rudolph, C. (2006). Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 409-417.
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. Nova York: W.W. Norton.
- Duchesne, M., & Almeida, P. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 49-53.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1991). Eating disorders. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk, & D.M. Clark (Orgs.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems* (pp. 277-314). Nova York: Oxford University Press.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: the social construction of preferred realities*. Nova York: Norton.
- Greaves, A. L. (2007). The active client: a qualitative analysis of thirteen clients' contributions to the psychotherapeutic process [Abstract]. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(10-B), 6055.
- Gonçalves, M., & Henriques, M. (2005). *Terapia Narrativa da ansiedade* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, O. (1999). *Introdução às psicoterapias comportamentais*. Coimbra: Quarteto.
- Hawley, K. M. (2003). The therapeutic working alliance in child and adolescent psychotherapy [Abstract]. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63(7-B), 3474.
- Henriques, M., & Gonçalves, M. (2007). Psicoterapia narrativa com crianças: pôr os medos a fugir. In M. Gonçalves & O. Gonçalves (Orgs.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança* (2ª ed.; pp. 125-155). Coimbra: Quarteto.
- Kerwin, M. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(3), 193-214.
- Kerwin, M. (2003). Paediatric feeding problems: a behaviour analytic approach to assessment and treatment. *The Behaviour Analyst Today*, 4(2), 162-176.
- Linscheid, T. (2001) Eating problems in children. In C. Walker & M. Roberts (Orgs.), *Handbook of clinical child psychology* (3ª ed.). Nova York: John Wiley & Sons.
- Mussell, M., Binford, R., & Fulkerson, J. (2000). Eating disorders: summary of risk factors, prevention programming, and prevention research. *The Counseling Psychologist*, 28, 764-796.

- O'Connel, B. (2000). *Solution – focused therapy*. Londres: Sage.
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica* (3ª ed.). Porto: Afrontamento.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. Nova York: Guilford.
- Skuse, D. (1994). Feeding and sleeping disorders. In M. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Orgs.), *Child and adolescent psychiatry: modern approaches* (3ª ed.; pp. 467-489), Oxford: Blackwell.
- Werle, A., Murphy, T., & Budd, K. (1993). Treating chronic food refusal in young children: home-based parent training. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 26(4), 421-433.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Nova York: Norton.
- Wilson, G. T., & Fairburn, C. G. (1998). Treatments for eating disorders. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Orgs.), *A guide to treatments that work* (pp. 501-531). Nova York: Oxford University Press.

---

#### Notas

1. Os nomes foram alterados para garantir a confidencialidade.
2. A avaliação considerou toda a história do Pedro, incluindo o início da sua intolerância aos alimentos, a atitude dos pais, as relações familiares e as tentativas de resolução do problema. Tendo em conta a problemática, consideramos importante conhecer a história médica do Pedro através dos pais, não tendo sido revelado nenhum problema de saúde.
3. Convém destacar que quando da última consulta de *follow-up*, que aconteceu 6 meses depois da finalização do processo, os ganhos se mantinham.

---

*Vera Lúcia Moreira Ramalho*, mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, pelo Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho (Portugal), é psicóloga e diretora no Psiquilibrios – Centro de Consulta Psicológica e Apoio Educativo. Endereço para correspondência: Rua Maria Cardosa, 45; Braga, Portugal; 4715-309. Telefone: 253 284 517. E-mail: Psiquilibrios@gmail.com

*António Miguel Pereira Ribeiro*, mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho (Portugal), é doutorando em Psicologia Clínica na mesma instituição. E-mail: antoniopereira@piattaforma-export.com