

ASPECTOS EMOCIONAIS NA AVERSÃO ALIMENTAR EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: INTERFACE ENTRE A FONOAUDIOLOGIA E A PSICOLOGIA

Vanessa Souza Gigoski de Miranda^{1 2}, Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3332-9975>

Katherine Flach¹, Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3274-8606>

A alimentação é um processo complexo, aprendido e aprimorado, que depende de condições físicas e do desenvolvimento da criança, assim como das suas habilidades orais e sensoriais para interpretar e interagir com o alimento. Essa complexa função envolve além dos aspectos orgânicos da criança, mas também emoções, motivação, o contexto social, familiar e ambiental da criança e de seu cuidador (Junqueira, 2017a). Um estudo observou que 30% das crianças com desenvolvimento normal podem encontrar algum tipo de desafio nesse processo (Kerzner et al., 2015), enquanto que entre crianças que possuem alterações no desenvolvimento é possível encontrar 80% com distúrbios alimentares (Williams, Witherspoon, Kavsak, Patterson, & Mcblain, 2006).

Segundo Junqueira (2017b), dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de dificuldades alimentares estão:

- condições de saúde (agudas e/ou crônicas): a saúde da criança traz aspectos importantes que refletirão nas atividades diárias, como as refeições. É de suma importância que a criança esteja bem, esteja disposta para vivenciar a experiência da alimentação. Condições agudas de adoecimento orgânico como, por exemplo: otites e irritabilidade causada pela erupção dentária podem afetar no desenvolvimento dessa fase de aprendizados que é a alimentação.

- Patologias do sistema gastrointestinal: como o item acima citado, as patologias gastroesofágicas também se apresentam como condições de saúde orgânicas que precisam ser identificadas e tratadas, a fim de que se possa prevenir prejuízos no processo de alimentação das crianças e merecem atenção especial: uma criança com refluxo gastroesofágico, por exemplo, é uma criança com dor, náuseas e vômito. Ou seja, é uma criança que possivelmente internalizou a tarefa da alimentação atrelada a sentimentos negativos.

- Alergias alimentares: alguns bebês podem ter experiências traumáticas com algum alimento por reações alérgicas e, além disso, a um início tardio de vivências orais positivas (até o diagnóstico clínico da alergia ou intolerância à determinado alimento), fatores estes que podem também impactar o desenvolvimento alimentar infantil. A alergia, como sintoma, pode dificultar tanto a introdução da primeira alimentação complementar como a aceitação da mudança da textura dos alimentos.

- Disfunções dos sistemas cardíaco e respiratório: para a alimentação segura é necessária a harmonia e a coordenação entre respiração e deglutição. Em bebês com dificuldades respiratórias, é comum que haja incoordenação durante a alimentação e que os bebês optem preferencialmente por respirar. As alterações de parâmetros cardiorrespiratórios em bebês cardiopatas, por exemplo, diminuem o interesse pela

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre-RS, Brasil.

² E-mail: vanessa_gigoski@hotmail.com



alimentação, além desses bebês serem muito manipulados e apresentarem, na maioria dos casos, um histórico de diversas internações e procedimentos hospitalares.

- Inabilidade ou disfunções do sistema motor oral: a boca é o centro do mundo do bebê por sua importância para a sobrevivência, por proporcionar-lhe a alimentação. O bebê utiliza a boca para exploração e aprendizado do que é seu e do que vem do ambiente externo. Todo o treino e as experiências orais vivenciadas com os objetos que são levados à cavidade oral geram sensações que são registradas e garantem, em conjunto com seu desenvolvimento e amadurecimento neuromotor, excelente preparo para a introdução alimentar. Crianças com dificuldades para mastigar podem se tornar seletivas, dando preferência para alimentos pastosos e líquidos.

- Alterações de integração dos sistemas sensoriais: as informações sensoriais são primeiramente recebidas, interpretadas e após respondidas por meio dos nossos sentidos (paladar, olfato, visão etc.). A disfunção do processamento sensorial é um termo diagnóstico que descreve situações em que indivíduos não conseguem processar de forma efetiva e integrada as informações sensoriais do ambiente. Para comer, utilizamos todos os sentidos, e, quando há alguma dificuldade na discriminação, interpretação ou modulação do estímulo sensorial, a criança pode apresentar dificuldades significativas para aprender a comer e a se relacionar com os alimentos. Muitas crianças com queixa de dificuldade alimentar apresentam desafios sensoriais, e, quando não diagnosticados precocemente, podem causar, ao longo do tempo, um verdadeiro caos no desenvolvimento alimentar da criança.

- Emoções conflituosas: pela importância que as emoções possuem para os processos cognitivos, o aprendizado alimentar precisa estar cercado de situações que remetam segurança, cuidado e conforto. A criança necessita vivenciar a alimentação, o preparo, o desenvolvimento de boas experiências com o alimento a partir do modelo familiar, trocas e interações com os cuidadores principais durante este momento, para que a situação de alimentar-se seja interpretada como uma experiência segura e agradável. Uma criança que é obrigada a comer, ou mesmo que vivencia ameaças ou barganhas relacionadas às refeições em troca de privilégios, comumente é uma criança que acaba reforçando padrões negativos perante o momento da alimentação.

Nos Estados Unidos, uma corrente de abordagem multidisciplinar para crianças com dificuldades alimentares, proposta por Crist e Napier Phillips em 2001, descreve um modelo biopsicossocial, em que se compreende a 'criança por inteiro' (whole-child perspective). Essa perspectiva engloba áreas sensoriais, motoras, comportamentais, emocionais, físicas, orgânicas e ambientais, todas com igual importância para avaliação, diagnóstico e tratamento dessas crianças (Crist & Napier-Phillips, 2001). A partir da criação deste modelo integrativo, as autoras seguem reforçando o paradigma de uma concepção ampliada para as formas de diagnosticar e tratar crianças com problemas alimentares (Toomey & Ross, 2011; Morris & Klein, 2000).

No Brasil, apesar das dificuldades alimentares serem identificadas há muito tempo no trabalho com pacientes pediátricos, há um cenário de escassez de estudos e dados sobre esses pacientes. Atualmente, a incidência de disfunções de deglutição e de dificuldades alimentares na população pediátrica vem aumentando, principalmente pelas taxas crescentes de sobrevivência de crianças prematuras, com baixo peso ao nascer e com históricos clínicos complexos, que passaram por uma diversidade de procedimentos e intervenções (Lefton-Greif & Arvedson, 2007). A proposta de Junqueira (2017b) segue seis premissas para o tratamento das crianças com aversão alimentar: identificar e tratar as causas orgânicas, educar os pais, suporte emocional às mães, desenvolvimento normal

para a sequência do aprendizado emocional, garantir habilidade e conforto ao se alimentar, e estratégias lúdicas para trazer o alimento à rotina da criança. Todas estas premissas reforçam a importância do vínculo, da atenção e da disponibilidade dos pais para com a criança. De acordo com a autora, a partir desses fatores é que os primeiros sinais de aversão alimentar poderão ser identificados (Junqueira, 2017a).

Na prática clínica, observa-se que muitos pais referem sentir-se despreparados e ansiosos com relação à desordem na alimentação da criança. No entanto, sabe-se que este quadro poderá demorar meses ou anos para normalizar, contexto este que poderá repercutir em toda a família (Hewetson & Singh, 2009). Isso porque a alimentação, que no primeiro estágio da vida de uma criança será, na maioria dos casos, através da amamentação, transcende a tarefa da nutrição: ela depende e será incrementada pelo vínculo entre a mãe e o bebê, pela qualidade da interação entre ambos, assim como pela capacidade da mãe em observar os sinais dados pelo bebê, entre outros fatores.

Recorrendo-se aos conceitos psicanalíticos, Melanie Klein (1996) destaca que os indivíduos desde o nascimento, naturalmente, buscam relações com o outro, que num primeiro momento, na maioria das vezes, será a mãe. Através do seio da mãe (inicialmente representante da mãe como um todo para o bebê) e de suas experiências com ele, ora de gratificação, ora de frustração, o bebê inaugura sua forma de relacionar-se com o mundo. Nesta direção, Winnicott (2002) salienta que além da tarefa da alimentação, a amamentação carrega especial importância pela interação que se estabelece neste momento: o contato pele a pele, a troca de olhares, a percepção do cheiro, dos batimentos cardíacos da mãe, mesmo que seja utilizado algum artifício para viabilizar a nutrição da criança como, por exemplo, a mamadeira. Por sua vez, Müller, Marin e Donelli (2015) complementam trazendo o entendimento que o momento da amamentação é uma experiência dedicada à relação mãe-bebê, ao passo que a introdução de uma alimentação complementar poderá representar um obstáculo, significando uma separação desta díade. Assim, a introdução de alimentação complementar poderá ser sentida como uma ruptura da relação entre a mãe e o bebê, e, por esta razão, muitas vezes, implicar em uma dificuldade de aceitação tanto da mãe como do bebê.

Somam-se a este cenário as expectativas criadas pela mãe com relação ao seu bebê. Conforme Lebovici (1987), o 'bebê imaginário', ou seja, aquele que é 'produto' das representações mentais da mãe, construído a partir das suas referências em relação à maternidade e do seu desejo de tornar-se mãe, é diferente do bebê que nasce. Nesse sentido, são provocadas ansiedades, fantasias e medos na mãe durante a gestação a respeito de seu bebê, que ainda é para ela um ser desconhecido. Este processo é de vital importância e faz parte da formação do vínculo entre a mãe e o bebê, no entanto, a chegada do bebê conduzirá ao encontro da mãe com o 'bebê real', ou seja, um bebê que possui suas próprias características, desejos, capacidades e exigências. Neste encontro, é bem possível que a mãe não identifique todas as características por ela imaginadas e que ocorra certa 'decepção' no reconhecimento do 'bebê real', o que demandará um processo de elaboração. Será importante que a mãe aos poucos consiga investir na relação com o 'bebê real', depositando-lhe seus desejos, expectativas e sentimentos, para que gradativamente possa elaborar a perda do 'bebê imaginário' (Lebovici, 1987; Soulé, 1987). Entre os fatores facilitadores para o processo de elaboração da mãe estão a saúde do bebê, as condições da gestação e do parto e a interação mãe-bebê nos primeiros meses após o nascimento (Soulé, 1987; Fleck & Piccinini, 2013).

Compreender tais aspectos referentes ao mundo representacional da mãe e do bebê faz-se importante porque eles poderão influenciar a forma como a mãe (e também o pai)

relaciona-se e comporta-se com o filho, trazendo consequências para o desenvolvimento do bebê (Stern, 1995). Conforme Fleck & Piccinini (2013), há, no entanto, situações como a prematuridade citada pelas autoras, mas podemos pensar também para os casos de pacientes com aversão alimentar, que contribuem para um confronto muito grande entre o que foi imaginado e desejado pela mãe em relação ao que é vivenciado na realidade. Um dos pontos cruciais para o estreitamento da relação mãe-bebê e para a conciliação do 'bebê imaginário' com o 'bebê real', nos achados das autoras supracitadas, foi o abandono da intervenção profissional no contato da mãe com o bebê.

Do ponto de vista da criança, a formação de um sintoma orgânico, como a aversão ou recusa alimentar, pode também ser compreendida como uma resposta do bebê frente a um descontentamento na interação com a mãe. Nos casos em que a causa é emocional, mas o sintoma é orgânico, estamos falando em sintomas psicofuncionais em bebês (Donelli, 2011; Feliciano & Souza, 2011). Entre os sintomas psicofuncionais mais frequentes na primeira infância estão os distúrbios do sono, alimentares, digestivos e gástricos, respiratórios, de pele e de comportamento (Batista-Pinto, 2004).

Seja a etiologia de fundo orgânico ou emocional, sabe-se, no entanto, que há casos em que as alterações alimentares necessitarão inevitavelmente de intervenções de profissionais da saúde para a reabilitação da criança. Neste contexto, há que se considerar especial atenção para a forma como a entrada do profissional, ou da terapêutica escolhida, irá ocorrer, para que a relação e o processo de vinculação da mãe com a criança não sejam prejudicados e assim sejam diminuídas as chances de uma resistência desta dupla no curso do tratamento da recusa alimentar.

Conforme Winnicott (2002), o desenvolvimento do bebê é fruto das relações estabelecidas por ele, em especial com a mãe e com o ambiente. Dessa forma, a clínica do bebê é impensável sem a presença e a inclusão do seu cuidador e/ou responsável. Torna-se imprescindível, portanto, que o profissional da saúde possa atuar no sentido de propiciar a assimilação da mãe com relação aos cuidados com a alimentação do bebê, fortalecendo-a e capacitando-a para exercer o cuidado do filho mesmo quando o profissional não estiver presente. Nesse sentido, um trabalho voltado para a educação, autonomia e segurança da mãe são de extrema importância. Conforme ressaltam Silveira, Lunardi, Lunardi-Filho e Oliveira (2005), ainda que seja possível estabelecer-se uma relação terapêutica entre o paciente e o profissional da equipe, a relação entre o paciente e a sua família possui um significado imensamente maior para a sua recuperação.

Sabe-se que a alimentação de uma criança carrega consigo alta carga emocional para os pais, especialmente para a mãe, que é vista social e culturalmente como a principal responsável pelo crescimento e bem-estar da criança (Gonçalves & Rodrigues, 1998; Müller et al., 2015). Por outro lado, a própria, mãe não raro, possui a crença que é pelo seu cuidado que a criança será melhor atendida e por isso, mesmo que tenha a possibilidade de contar com auxílio de outros familiares, ainda vigora o pensamento de que o melhor seria a sua companhia junto à criança hospitalizada (Melo & Frizzo, 2017). Assim, nesse contexto em que a mãe estará extremamente voltada ao cuidado da criança, a rede de apoio e, sobretudo, o suporte do pai do bebê assume papel importantíssimo (Rapoport & Piccinini, 2011).

As mães que não conseguem alimentar seus filhos geralmente sentem-se culpadas, e criam expectativas por meio de crenças e sentimentos que podem atrapalhar a alimentação da criança. Por isso, nenhuma abordagem de tratamento de crianças com dificuldades alimentares será efetiva se as mães não forem ouvidas, compreendidas e incluídas no processo. O objetivo dos profissionais da saúde que atuam nesta área deve

ser de acolher, ouvir, validar os sentimentos envolvidos e compreendê-los como parte do tratamento. A compreensão e o gerenciamento das emoções, das crenças e do julgamento social poderão colaborar fundamentalmente para o sucesso do tratamento da criança com recusa alimentar (Junqueira, 2017a).

Em termos psicossociais, o padrão de alimentação infantil envolve a participação efetiva dos pais como educadores, por meio das interações familiares e estratégias utilizadas na hora da refeição, como ferramenta no desenvolvimento do comportamento alimentar infantil (Gillespie & Acterberg, 1989; Ramos & Stein, 2000). Estratégias coercitivas poderão instituir interações negativas, à medida que as crianças que são pressionadas ou coagidas a comer, poderão perder o interesse pelo alimento, mesmo na existência de uma recompensa, resultando em uma resposta de oposição. Tanto a recompensa quanto a coerção são estratégias utilizadas pelos pais como formas de alimentação instrumental (Birch, 1992; Capaldi, 1997). No entanto, o uso de estratégias de reforço/punição, com alimentos usados instrumentalmente, não oferecerá bons resultados em longo prazo e poderá promover uma ação negativa na preferência da criança pelo alimento (Birch, Mcphee, Shoba, Steinberg, & Krehbiel, 1987).

Entende-se também que para que seja possível fundar uma relação saudável entre criança e alimento, e confortável entre mãe (cuidador) e o bebê, faz-se necessário que os profissionais de saúde considerem a criança como um todo. Nessa perspectiva, os sentimentos e emoções da criança perante o alimento, assim como as condições do contexto familiar desta criança, devem ser investigados e considerados. A rede de apoio do paciente com aversão alimentar deve ser sistematicamente reforçada, objetivando tornar os pais parte integrante do tratamento de crianças com dificuldades alimentares.

Dessa forma, é essencial que se pense em intervenções com os cuidadores do paciente pediátrico com dificuldade alimentar, especialmente às mães, considerando a importância da promoção de espaços para a expressão emocional durante o tratamento da criança, que inevitavelmente irá suscitar ansiedades, inseguranças e medos. A atenção aos sentimentos despertados poderá contribuir não apenas no tratamento da aversão alimentar, mas também na prevenção de outros sintomas desadaptativos que poderão surgir subjacentes à dificuldade alimentar (Müller et al., 2015).

Apesar de saber-se que o adoecimento de um membro da família gera sofrimento importante nos familiares e que o acompanhamento familiar é imprescindível para o tratamento de crianças, ainda são poucos os estudos que enfatizam a relevância do investimento no cuidado à família do paciente, conforme colocam Melo e Frizzo (2017). Neste sentido, considera-se que a inserção do atendimento psicológico pode contribuir do processo de cuidado a crianças com aversão alimentar à medida que busca promover o fortalecimento das estratégias do familiar e/ou principal cuidador da criança, como também pelo oferecimento de um espaço para escuta qualificada dos sentimentos despertados nos pais durante o tratamento da criança. Ainda, poderão ser construídas estratégias de psicoeducação tanto voltadas aos pais como aos demais profissionais responsáveis pelo tratamento da aversão alimentar, com o objetivo de contribuir tecnicamente à equipe multidisciplinar.

A atuação do psicólogo combinada à prática do fonoaudiólogo visa facilitar a comunicação entre paciente – família – equipe de saúde para uma atenção mais integrada ao paciente e à família. A psicologia atua como apoio fundamental à prática fonoaudiológica, que necessita do apoio para a reabilitação dessa criança com distúrbio alimentar e dessa família, muitas vezes fragilizada. Consideramos que a reabilitação do indivíduo com dificuldades alimentares não deve ser unicamente de um profissional, e nem

com divisões de tarefas entre as especialidades. Devemos enxergar e tratar o indivíduo como um todo, levando em consideração suas particularidades. Assim, considera-se que o trabalho multidisciplinar imprescindível para resultados positivos no tratamento da aversão alimentar e, nesse sentido, entende-se como essencial a comunicação entre os profissionais envolvidos a respeito dos fatores orgânicos e emocionais implicados nesta problemática.

Referências

- Batista-Pinto, E. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia, 9*(3), 451-457
- Birch, L. L. (1992). Children's preferences for high fat foods. *Nutrition Reviews, 50*(9), 249-255.
- Birch, L. L., Mcphee, L., Shoba, B. C., Steinberg, L., & Krehbiel, R. (1987). "Clean up your plate": effects of child feeding practices on the conditioning of meal size. *Learning and Motivation, 18*(3), 301-317.
- Capaldi, E. (1997). Introduction. In E. D. Capaldi. *Why we eat what we eat. The psychology of eating* (2a ed., p. 3-9). Washington, DC: APA.
- Crist, W., & Napier-Phillips, A. (2001). Mealtime behaviors of young children: a comparison of normative and clinical data. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 22* (5), 279-286.
- Donelli, T. M. S. (2011). Considerações sobre a clínica psicológica com bebês que experimentaram internação neonatal. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia, 4*(2), 228-241.
- Feliciano, D. S., & Souza, A. S. L. (2011). Para além do seio: uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê a partir de dificuldades na amamentação. *Jornal de Psicanálise, 44*(81), 145-161.
- Fleck, A., & Piccinini, C. A. (2013). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. *Aletheia, 40*, 14-30.
- Gillespie, A. H., & Acterberg, C. L. (1989). Comparison of family interaction patterns related to food and nutrition. *Journal of the American Dietetic Association, 89*, 509-12.
- Gonçalves, M. J., & Rodrigues, E. (1998). As perturbações alimentares precoces e a sua avaliação. *Análise Psicológica, 16*(1), 127-138.
- Hewetson, R., & Singh, S. (2009). The lived experience of mothers of children with chronic feeding and/or swallowing difficulties. *Dysphagia, 24*, 322-332.
- Junqueira, P. (2017a). *Por Que meu filho não quer comer? Uma visão além da boca e do estômago*. Bauru, SP: Idea.
- Junqueira, P. (2017b). *Relações cognitivas com o alimento na infância*. São Paulo, SP: ILSI Brasil - International Life Sciences Institute do Brasil.

- Kerzner, B., Milano, K., Maclean Jr., W. C., Berall, G., Stuart, S., & Chatoor, I. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, *135*(2), 344-53.
- Klein, M. (1996). Uma contribuição para a psicogênese dos estados maníaco-depressivos. In M. Klein. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (p. 301-329). Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Lebovici, S. (1987). *O bebê, a mãe e o psicanalista*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Lefton-Greif, M. A., & Arvedson, J. C. (2007). Pediatric feeding and swallowing disorders: state of health, population trends, and application of the international classification of functioning, disability, and health. *Seminars in Speech and Language*, *28*(3), 161-165.
- Melo, D. S., & Frizzo, G. B. (2017). Depressão, ansiedade e suporte familiar para mães na primeira hospitalização dos filhos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, *18*(3), 814-827.
- Morris, S., & Klein, M. D. (2000). *Pre-feeding skills: a comprehensive resource for mealtime development* (2nd ed.). Tucson, AZ: Vital & Marts.
- Müller, P. W., Marin, A. H., & Donelli, T. M. S. (2015). Olha o aviãozinho! A relação mãe e bebê com dificuldades alimentares. *Aletheia*, *46*, 187-201.
- Ramos, M., & Stein, L. M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, *76*(supl 3), S229-S237.
- Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2011). Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*, *16* (2), 215-225.
- Silveira, R. S. D., Lunardi, V. L., Lunardi-Filho, W. D., & Oliveira, A. M. N. D. (2005). Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Contexto de Enfermagem*, *14*, 125-30.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T. B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi & M. Soulé (Orgs.), *A dinâmica do bebê* (p.132-169). Porto Alegre, RS Artes Médicas.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: a unified view of parent-infant Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Toomey, K. A., & Ross, E. S. (2011). SOS approach to feeding. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, *20*(3): 58-93.
- Williams, S., Witherspoon, K., Kavsak, P., Patterson, C., & Mcblain, J. (2006). Pediatric feeding and swallowing problems: An interdisciplinary team approach. *Journal of Dietetic Practice and Research*, *67*(4), 185-190.
- Winnicott, D. W. (2002). *Os bebês e suas mães*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Recebido em 06/11/2018
Aceito em 25/02/2019

Vanessa Souza Gigoski de Miranda: Fonoaudióloga, Especialista em Terapia Intensiva UFCSPA, Mestre em Pneumologia UFRGS, Doutoranda em Pediatria UFCSPA.

Katherine Flach: Psicóloga, Especialista em Terapia Intensiva UFCSPA, Especialista em Terapia Individual, de Casal e de Família pelo INFAPA, Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS, Doutoranda em Ciências da Saúde pela UFCSPA.