



**IBAC**

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento  
Especialização em Terapia Analítico-Comportamental Infantil

**Socorro, meu filho come mal!**  
**Um Estudo de Caso**  
Ságora Nunes Ribeiro

Brasília  
Novembro, 2016



**IBAC**

Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento  
Especialização em Terapia Analítico-Comportamental Infantil

**Socorro, meu filho come mal!**  
**Um Estudo de Caso**  
Ságora Nunes Ribeiro

Monografia apresentada ao Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Terapia Analítico-Comportamental Infantil.

Orientador(a): Doutora Ana Rita Coutinho Xavier Naves

Brasília  
Novembro, 2016

## Sumário

Sumário-----	iii
Resumo-----	iv
Introdução-----	1
Contexto Terapêutico-----	1
A importância da brincadeira para o desenvolvimento infantil-----	4
O desenvolvimento do comportamento alimentar-----	7
Seletividade Alimentar-----	9
Estudo de caso-----	14
Participante-----	14
Queixas e demandas-----	14
Local-----	17
Procedimento-----	17
Resultados-----	25
Histórico Familiar-----	25
Histórico Socioafetivo-----	27
Histórico Médico-psicológico-----	28
Contingências de reforçamento e repertórios atuais-----	29
Objetivos Terapêuticos-----	32
Mudanças Observadas-----	32
Considerações Finais -----	35
Referências-----	37

## Resumo

O objetivo deste trabalho é a apresentação de um caso de uma criança de 11 anos, do sexo masculino, com queixa de seletividade alimentar e a as formas de intervenção com base na Terapia Analítico Comportamental Infantil (TACI). A seletividade alimentar é caracterizada por uma rejeição a comida que pode perpassar pela infância e ir até a vida adulta. A criança e o adulto que selecionam os tipos de alimentos que vão comer, e não introduzem em sua dieta alimentos novos podem restringir as atividades sociais associadas à alimentação, sem contar que podem ter problemas de saúde por falta de nutrientes necessários ao desenvolvimento físico e biológico. Este trabalho tem por objetivo apresentar o atendimento psicológico de uma criança com seletividade alimentar a partir do referencial analítico-comportamental. O processo terapêutico ocorreu em 44 sessões até o momento da elaboração deste trabalho. A partir do relato do caso clínico, foi possível identificar a importância da atividade lúdica no contexto terapêutico a fim de obter a adesão do cliente ao tratamento, assim como, do reforçamento positivo e da modelagem para a aquisição de um novo padrão alimentar. Ao término de 44 sessões as intervenções possibilitaram o aumento do repertório comportamental como experimentar novas comidas e assim diminuir a frequência do comportamento de fuga e esquiva, almoçar em restaurantes e mediante as intervenções o cliente passou a incluir outros alimentos em seu cardápio alimentar.

**Palavras chave:**Terapia Analítico-comportamental Infantil; Seletividade Alimentar; Recursos Lúdicos.

Este trabalho tem por objetivo apresentar um estudo de caso por meio de uma formulação comportamental. A queixa relatada nesse estudo de caso é de seletividade alimentar apresentada por uma criança de 11 anos que tem resistência em experimentar novos alimentos e assim não aumenta a variedade de alimentos do seu cardápio alimentar. A partir do relato do caso clínico e utilizando os procedimentos do reforçamento positivo e da modelagem foi possível identificar a importância da atividade lúdica no contexto terapêutico a fim de obter a adesão do cliente ao tratamento e a aquisição de um novo padrão alimentar.

O reforçamento positivo é um procedimento usado na terapia comportamental com o objetivo de aumentar a frequência de um determinado comportamento mediante a apresentação de estímulos reforçadores. Já a modelagem, é um procedimento que possibilita a ampliação do repertório comportamental de um organismo por meio da aquisição de novas respostas, envolve reforçamento diferencial de algumas respostas em detrimento de outras e aproximações sucessivas da resposta final desejada. Para que a modelagem aconteça, é necessário identificar os possíveis reforçadores para o comportamento do indivíduo (Catania, 1999).

### **Contexto terapêutico**

A terapia é um espaço criado com o objetivo de fazer com que a pessoa se sinta à vontade para dizer os motivos que a fazem sofrer e expressar os seus sentimentos, sendo um ambiente confortável, acolhedor e não aversivo. Para que isso aconteça, é necessário que o cliente faça um vínculo com o seu terapeuta e estabeleça um grau de confiança com o mesmo para que ele se sinta confortável para contar os seus problemas e assim minimizar o seu sofrimento. Todo esse trabalho do terapeuta é chamado de processo terapêutico.

Assim, no nosso entendimento, processo terapêutico pode ser compreendido como uma sequência lógica e organizada de procedimentos psicológicos que produzem mudanças comportamentais graduais no cliente, aos quais ao longo do curso da terapia vão se alterando e subsidiando a implementação de novos procedimentos por parte do terapeuta, sempre com vistas à meta final de melhoras do cliente. Se quem organiza e programa a aplicação de procedimentos clínicos é o terapeuta, então o processo terapêutico pode ser entendido a partir da descrição das ações do terapeuta frente às mudanças de seu cliente (Moura & Venturelli, 2004, pp. 18).

A terapia pode ser realizada em crianças, adolescentes, adultos e idosos. A terapia voltada para a criança e para o adolescente possui características próprias e diferentes da realizada com o adulto e com o idoso. Múltiplos problemas psicológicos tais, como problemas comportamentais e emocionais estão conduzindo crianças e adolescentes a procura de atendimento. A terapia baseada na filosofia do Behaviorismo Radical e na ciência da Análise do Comportamento direcionada para crianças e adolescente é denominada de Terapia Analítico Comportamental Infantil (TACI) (Del Prette, 2006).

O terapeuta infantil também vai trabalhar com as pessoas que estão presentes no ambiente da criança, como pais, avôs, avós, babás, professores, médicos, dentre outros. A terapia infantil é realizada por meio do diálogo e da atividade lúdica que envolve jogos e brincadeiras, contar histórias, assistir filmes e desenhos animados, ler livros, dentre outros. Por ter conhecimento da importância da brincadeira para o desenvolvimento emocional, motor, comportamental e sensorial da criança e sobre como seu ambiente desempenha e influencia na obtenção e manutenção dos seus comportamentos, o terapeuta utiliza a atividade lúdica como uma ferramenta preciosa para fazer vínculo

com a criança. Tendo também como objetivo fortalecer a aliança terapêutica, tentar identificar o que está reforçando e mantendo o comportamento da criança e identificar os problemas que estão trazendo sofrimento para ela e para a família.

O terapeuta, antes de escolher os procedimentos e técnicas que serão utilizados com a criança e dessa forma iniciar as suas intervenções, realiza uma avaliação para conhecer o repertório inicial dos comportamentos apresentados pela criança. Essa avaliação é feita por meio da brincadeira, pois o terapeuta analítico-comportamental infantil prioriza em seus atendimentos a atividade lúdica como um procedimento que favorece a observação dos comportamentos clinicamente relevantes apresentados pela criança. O objetivo do terapeuta é ensinar novos comportamentos para a criança e assim ampliar o seu repertório comportamental, fazendo com que ela apresente comportamentos alternativos e diminua a frequência dos comportamentos das queixas apresentadas por seus responsáveis e por ela mesma. Por meio da situação lúdica, a criança pode apresentar seus pensamentos e seus sentimentos que podem oferecer ao terapeuta dados importantes para entender os comportamentos queixas e as variáveis que estão controlando esse comportamento, e deste modo, realizar uma intervenção que mais se adeque à realidade da criança (Del Prette, 2006).

O terapeuta infantil, ao iniciar o processo terapêutico, deve avaliar quais repertórios comportamentais a criança apresenta e quais devem ser trabalhados. Essa análise pode ser feita por meio dos recursos lúdicos no qual o terapeuta pode avaliar se a criança apresenta desenvolvimento motor, cognitivo, afetivo e social compatíveis à sua idade cronológica (Moura & Venturelli, 2004).

A terapia infantil é composta por:1) atendimento individual à criança;2) sessões com os pais e/ou responsáveis para fazer orientações de como eles podem proceder com a criança, e discutir com eles sobre essas orientações;3) sessões com os pais e/ou

responsáveis e com a criança dentro do consultório, para ensinar os mesmos como deve ser o comportamento deles perante a criança; 4) visitas às escolas que incluem observações da criança no contexto escolar; e, 5) reunião com os professores e com a coordenação pedagógica (Moura & Venturelli, 2004).

A terapia analítico-comportamental infantil trabalha com várias demandas. A partir do momento em que os pais procuram a terapia para o seu filho é porque eles não estão sabendo lidar com os comportamentos perturbadores apresentados por essa criança e por isso estão sofrendo, ou porque a criança está demonstrando algum tipo de sofrimento. São várias as demandas que podem chegar ao consultório, dentre elas podemos encontrar transtornos alimentares (excessos e déficit alimentares, assim como, a dificuldade em desenvolver o comportamento alimentar), transtornos de ansiedade e depressão, dificuldade de aprendizagem, mutismo seletivo, dificuldade de socialização, dentre outros (Del Prette, 2006).

Para qualquer demanda, o terapeuta analítico-comportamental infantil irá basear o seu trabalho na análise funcional, no qual ele irá analisar e identificar os estímulos antecedentes e consequentes para cada comportamento de cada caso atendido por ele, baseando sua análise na contingência de três termos: o estímulo antecedente, o comportamento e o estímulo consequente e com essa análise tentar identificar o que está reforçando e mantendo o comportamento perturbador da criança. Após essa análise, o terapeuta trabalhará juntamente com os pais para aumentar a frequência de comportamentos alternativos (Del Prette, 2006).

### **A importância da brincadeira para o desenvolvimento infantil**

A brincadeira está presente no cotidiano das crianças, sendo uma atividade predominante no contexto infantil. É importante permitir que a criança brinque, pois através da brincadeira ela é capaz de demonstrar o seu comportamento privado que é



caracterizado por seus sentimentos e pensamentos devido ao fato de algumas vezes não conseguir expressar por relatos verbais. Além disso, o comportamento de brincar desenvolve habilidades cognitivas como a imaginação, o pensamento, a elaboração de hipóteses, resolução de problemas e habilidades sociais que envolvem a capacidade de se relacionar com outras pessoas, desenvolvendo dessa forma sua autoestima, o seu autocontrole, a sua autoconfiança e seu autoconhecimento, além de outras habilidades comomerais, afetivas e físicas(Gadella&Menezes, 2004).

É possível, por meio da brincadeira, entender qual a visão que a criança tem das regras e instruções que são passadas para ela por meio de seus cuidadores e que estão presentes em seu ambiente. A brincadeira pode ser dividida em jogos, faz de conta, livros, bonecos, filmes desenhos animados e músicas. Cada atividade lúdica vai desenvolver na criança habilidades sociais e cognitivas (Gadella & Menezes, 2004).

Nos jogos e nas brincadeiras, as crianças aprendem a desenvolver e a fortalecer suas habilidades sociais e de raciocínio e a controlar o ambiente.A imaginação e a criatividade devem ser favorecidas nas interações terapêuticas, as atividades lúdicas intensificam a relação das crianças com o mundo, oferece a chance de fazer e manter amizades e auxilia a criança a desenvolver uma autoimagem adequada. O terapeuta pode usar a fantasia, o desenho, o fantoche, os blocos de montar, olivro e os jogos como recursos lúdicos e como técnicas de intervenção (Gadella & Menezes, 2004).

As atividades lúdicas como os fantoches, jogos de tabuleiro, leitura de livros e desenhos ou filmes podem favorecer a avaliação de(1) interações sociais que fazem parte do cotidiano dessa criança como a casa, escola e outros contextos; (2) seguimento de regras; (3) diante de uma situação problema se ela apresenta estímulos para encontrar a solução; (4) se ela apresenta persistência perante as situações desafiadoras;(5) noções básicas de convívio social;e, (6)valores culturais e sociais através dos comportamentos

do terapeuta e dos personagens, visto que a brincadeira proporciona na criança o desenvolvimento de capacidades sociais, morais, cognitivas, afetivas e físicas (Gadelha & Menezes, 2004).

A atividade lúdica pode ser observada na criança desde o seu nascimento, sendo um dos componentes que mais tem importância no período da infância, uma vez que a atividade de brincar pode ser considerada como uma das características mais importantes da infância e que pode ser notado desde os primeiros meses de vida da criança. A brincadeira perpassa por todos os níveis da vida de uma criança e envolve as emoções, o intelecto, a cultura e aspectos físicos. A atividade lúdica é fundamental para o desenvolvimento da criança e da aprendizagem, assim como, se caracteriza por uma forma de comunicação da criança com o adulto (Del Prette, 2006).

Uma das formas da criança se relacionar com o mundo e com as pessoas é por meio da linguagem, porém essa relação pode ocorrer também por meio dos jogos ou dos brinquedos.

Brincando, a criança se inicia na representação de papéis do mundo adulto que desempenhará mais tarde. Desenvolve capacidades físicas, verbais e intelectuais, tornando-se capaz de se comunicar. O jogo ou brinquedo são, portanto, fatores de comunicação mais amplos do que a linguagem, pois propiciam o diálogo entre pessoas de culturas diferentes (Bontempo, 1999, p.1).

A brincadeira é considerada como universal, pois está presente em diversas sociedades fazendo com que se torne uma atividade comum entre as crianças. Porém, apesar de ser universal, ela possui suas especificidades e peculiaridades próprias, pois a concretização da mesma varia de acordo com cada cultura e com aspectos sociais, ambientais, físicos e com as características de cada criança introduzida em sua sociedade dado que o brincar

pode ser pensado como um comportamento adaptado e adaptativo da espécie. Adaptado porque, visto de um tempo longo, é comum a todos os membros da espécie; já de um tempo curto é adaptativo, porque se todos da espécie brincam varia o como, onde, com quem e com quem brincam (Wanderlind, Martins, Hansen, Macarini, & Vieira, 2006, p. 263).

### **O desenvolvimento do comportamento alimentar**

O desenvolvimento do comportamento alimentar se inicia na infância, no qual a criança pode desenvolver uma alimentação saudável ou não saudável e que pode estabelecer um padrão de comportamento alimentar na vida adulta. Para que a alimentação saudável se desenvolva é necessário que a alimentação da criança seja a mais diversificada possível, para que o organismo receba todos os tipos de nutrientes e para que a mesma entre em contato com os alimentos por meio do processo de aprendizagem, aumentando a chance de gostar de vários alimentos. É sabido que o hábito alimentar inicia-se na infância e que uma alimentação rica em vários nutrientes previne doenças e promove a saúde do indivíduo. É importante que no cardápio alimentar da criança estejam incluídos vários alimentos que irão ser responsáveis por possibilitar o prazer pela comida, além de prover energia e outros nutrientes que o corpo precisa para crescer, desenvolver, e manter a saúde (Valle & Euclides, 2007).

Todo comportamento emitido pelo ser humano vai ser resultado da interação do organismo com o ambiente. Segundo Valle e Euclides (2007), para que a criança desenvolva o comportamento de se alimentar, é necessário que ela desenvolva hábitos alimentares, sendo que a formação desses hábitos resulta da influência de fatores fisiológicos e ambientais, começando desde a gravidez e passando pela amamentação. Esse comportamento pode ser alterado conforme os fatores que as crianças

serão expostas durante a infância. Os fatores fisiológicos incluem experiências intrauterinas, paladar do recém-nascido, aleitamento materno, neofobia e regulação da ingestão de alimentos. Os fatores ambientais incluem a alimentação dos pais, comportamento do cuidador, condições socioeconômicas, influência da televisão e alimentação em grupo.

Poucas escolhas alimentares são congênitas. As escolhas alimentares em maior parte são aprendidas pela experiência adquirida com a comida e com a ingestão, que envolvem os aspectos socioeconômicos e hábitos alimentares dos pais. As condições fisiológicas abrangidas na formação dos hábitos alimentares são de diferentes tipos, dentre eles estão compreendidas as preferências pela doçura e pelo sabor salgado e a recusa pelos sabores azedos e amargos. Outra característica fisiológica da criança é a recusa para experimentar alimentos novos conhecida por reação neofóbica a alimentos (Ramos & Stein, 2000).

Entre quatro e seis meses de idade, o bebê passa a se alimentar de comidas como verduras, arroz, feijão, carnes e frutas sendo que, ao fazer um ano de idade, é aconselhável que a criança coma a comida da casa sem que haja um prato diferenciado para ela. Para que isso aconteça, é necessário que a criança aceite alimentos novos que são oferecidos para ela e aprenda a comer esses novos alimentos. Porém, as crianças tendem a apresentar uma rejeição e uma relutância a alimentos novos conhecida como neofobia. Essa rejeição inicial a alimentos novos podem ser compreendidas e interpretadas pelos pais como uma repulsa inalterável ao alimento e os pais acabam excluído esses alimentos do cardápio alimentar da criança (Valle & Euclides, 2007).

Para que a neofobia seja superada pela criança, é importante que essa criança seja exposta ao alimento várias vezes e experimente esses alimentos de uma forma contínua. De acordo com Valle e Euclides (2007), “a exposição repetida à prova de

alimentos não familiares é uma estratégia promissora para promover preferências e prevenir rejeições alimentares por crianças” (p.61).

A criança, ao se alimentar, faz uma combinação relacionada ao sabor dos alimentos com as consequências que esses alimentos podem trazer, sendo que as consequências de ingerir os alimentos é aprendida. Essas consequências podem intervir de uma forma positiva ou negativa nas prioridades alimentares. Além disso, as relações estabelecidas entre os pais e os filhos são importantes para o desenvolvimento das preferências alimentares (Viveiros, 2012).

As preferências que as crianças apresentam em relação aos alimentos podem ser provocadas por consequências reforçadoras que esse alimento gera nessa criança, em contrapartida se um alimento causar um mal estar físico nessa criança e gerar consequências aversivas, a criança pode desenvolver aversão àquele tipo de alimento podendo até excluí-lo de sua alimentação. O padrão alimentar desenvolvido pela criança vai depender dos estilos e práticas parentais na alimentação, do ambiente tanto o físico quanto o emocional durante as refeições, da modelagem, das regras e autorregulas que os pais tem acerca da alimentação e dos fatores sócio demográficos.

### **Seletividade alimentar**

É de extrema importância que a criança desenvolva na infância uma alimentação apropriada para que essa alimentação perpasse também pela vida adulta. Uma alimentação adequada propicia decididamente o crescimento, desenvolvimento fisiológico, desempenho e produtividade, bem como a manutenção da saúde e do bem-estar. As crianças necessitam receber uma variedade de nutrientes que vão permitir seu apropriado desenvolvimento cognitivo e psicomotor (Fisberg, Tosatti & Abreu, 2014).

Atualmente, é um desafio para os pais fazerem com que as crianças aceitem novos alimentos no seu cardápio alimentar e/ou fazer com que a criança coma menos açúcar e gordura devido a modificações na alimentação e estilo de vida decorrentes da industrialização, urbanização, globalização do mercado e desenvolvimento econômico. Para os pais alimentarem os seus filhos na atual época, tem sido uma grande dificuldade por uma série de razões, que englobam não ter o conhecimento sobre o que é uma alimentação adequada nessa idade ou não ter tempo e paciência para se empenhar a ela (Fisberget *al.*, 2014).

Quando a criança começa a rejeitar novos alimentos e preferir alimentos ricos em gordura e açúcar, ela passa a comer a mesma comida todos os dias. Isto faz com que alguns pais, especialmente as mães, fiquem desesperados por verem que, se seu filho não se alimenta de uma forma adequada, pode gerar doenças devido a uma má alimentação. Para que essa situação seja resolvida, é necessário que ocorra a intervenção de profissionais da saúde como o médico, o nutricionista e o psicólogo.

Quase sempre, uma queixa de que a criança não come, exprime um grito de angústia para todos os pais, por atentar especialmente para a incapacidade de alimentar seus filhos num inconsciente coletivo silencioso de não atendimento a sobrevivência das espécies. Esta situação, na maior parte das vezes, determina um quadro de pouco apetite, apetite muito seletivo ou uma enorme incapacidade de entender as necessidades nutricionais das crianças pequenas. O próprio profissional de saúde pode ser pressionado pela família a interceder de alguma forma, caindo no círculo vicioso da pressão para que a criança coma mais, sem haver um verdadeiro entendimento de porque a criança apresenta alguma dificuldade (Fisberget *al.*, 2014, p. 3).

O processo da dificuldade alimentar pode envolver vários fatores e pode começar no início do aleitamento materno com dificuldades de pega do mamilo, técnicas impróprias de amamentação ou de acomodação do bebê. O choro do bebê muitas vezes pode ser interpretado de forma errada e devido a tal fato ter diagnósticos equivocados de que o choro é fome e a resolução do problema é a complementação ou substituição do leite materno por um outro tipo de leite e também o escasso estudo da neofobia. Para evitar que isto aconteça, sabe-se que a única forma de fazer com que a criança aceite novos alimentos é a oferta repetitiva do alimento (Fisberget *al.*, 2014).

Outro fator que pode estar relacionado ao choro do bebê é a cólica e a irritabilidade sem causa que podem ser classificadas como uma plausível intolerância alimentar ou alergia a uma proteína e assim serem retirados da alimentação da criança. A introdução da alimentação de comidas sólidas por volta dos seis meses pode também ser responsável pela dificuldade alimentar decorrente do uso de técnicas inadequadas como a utilização de instrumentos incorretos ou grande para a criança e também forçar que a criança coma o alimento associando a comida a medidas punitivas, podendo desenvolver na criança pânico ou fobia em relação ao alimento, ao instrumento, ou a maneira de alimentar (Fisberget *al.*, 2014).

As hesitações alimentares podem ser caracterizadas por episódios em que a criança denota uma dificuldade em aceitar novos alimentos podendo obter consequências negativas no âmbito emocional, familiar, físico, no desenvolvimento biológico e no crescimento físico. Pode ser uma situação passageira e também pode ser persistente, dependendo da duração, intensidade, do diagnóstico do problema e se teve a atuação dos profissionais de saúde e da família para reverter à situação (Sampaioet *al.*, 2013).

As dificuldades alimentares podem fazer com que as crianças aprendam a ter preferências por certos alimentos e aversões a outros alimentos. Essa aversão pode ser demonstrada por ataques de pânico e fobias em relação a alimentos ou formas de preparação e isto pode se estender a idade adulta. Os problemas que podem gerar tal dificuldade podem estar relacionados às ações que as famílias exercem sobre as crianças como excesso de controle; dificuldades de estabelecer limites ou serem muito permissivas ou negligentes; famílias com comportamentos de alimentação inadequada e assim podem ser modelos para os seus filhos, e a ausência de exemplos adequados na hora de se alimentar conduz a hábitos alimentares inadequados na infância. Sendo pertinente também avaliar se existem problemas orgânicos. O tratamento pode ser comportamental envolvendo a terapia comportamental infantil, multiprofissional envolvendo médicos e nutricionista e medicamentosa (Sampaio *et al.*, 2013).

Segundo Fisberget *al.* (2014), as possíveis causas dos problemas alimentares na infância são divididos em: (1) causas orgânicas como infecções (especialmente problemas respiratórios); desordens na motilidade intestinal (vômitos, diarreia, refluxo, intolerância e alergias); parasitoses intestinais; transtornos do sistema nervoso central; transtornos metabólicos congênitos; carências vitamínicas e/ou deficiências minerais e desnutrição; e, (2) causas comportamentais psíquicas como distúrbios da dinâmica familiar (dificuldade dos pais em estabelecer limites, mudanças na rotina, separação dos pais, falecimento na família, nascimento de um irmão); desmame e/ou introdução alimentar inadequados e outras causas como condições ambientais físicas desagradáveis como desacerto entre horários de sono e/ou escolares e horário de alimentação; ausência de maturação dos movimentos da língua / medo de engasgar e excessiva dependência dos pais.



A seletividade alimentar é caracterizada por uma rejeição a comida que pode passar pela infância e ir até a vida adulta. A criança e o adulto que selecionam os tipos de alimentos que vão comer e não introduzem em sua dieta alimentos novos podem restringir as atividades sociais associadas à alimentação, sem contar que podem ter problemas de saúde por falta de nutrientes necessários ao desenvolvimento físico e biológico, sendo que

A recusa alimentar é um comportamento típico da primeira infância, caracterizado por comportamentos como: fazer birras, demorar a comer, tentar negociar o alimento que será consumido, levantar da mesa durante a refeição e beliscar ao longo do dia. No entanto, parece haver crianças que persistem com comportamentos peculiares até meados da infância ou continuam pelas demais fases da vida. Esses comportamentos seriam definidos como seletividade alimentar (SA), que é caracterizada por um consumo alimentar altamente limitado e extrema resistência em experimentar novos alimentos. Esse tipo de comportamento resulta em uma limitação das atividades sociais relacionadas à alimentação. De acordo com os sistemas de classificação DSM-IV e CID-10, a SA não está descrita como um diagnóstico específico de transtorno alimentar na infância, mas ambos associam-na a uma dificuldade persistente em comer adequadamente, com falha no ganho de peso ou importante perda ponderal durante o último mês. Não existem condições fisiopatológicas ou desordens mentais associadas, não há falta de acesso aos alimentos e o distúrbio deve ter início antes dos 6 anos (Sampaio *et al.*, 2013, pp.165).

Sendo assim, esse trabalho apresentará um estudo de caso, no qual tem como objetivo evidenciar a importância da atividade lúdica no contexto terapêutico para trabalhar a seletividade alimentar apresentada por uma criança de 11 anos. E dessa

forma fazer com que a criança que apresenta essa demanda aumente a variedade de alimentos em seu cardápio alimentar e que essa intervenção seja mais reforçadora do que aversiva e punitiva. As intervenções realizadas durante os atendimentos tiveram como base os pressupostos da Terapia Analítico Comportamental Infantil. Esse estudo de caso foi autorizado pela mãe do cliente que assinou um termo de consentimento livre e esclarecido no qual ela tinha conhecimento que o mesmo ia ser utilizado para a elaboração da monografia.

## **Estudo de caso**

### **Participante**

João (nome fictício), 11 anos de idade, mora com os pais, sendo filho único. Frequenta o ensino fundamental e está cursando sétimo ano. Pertence à classe social média.

O estudo de caso foi autorizado pela mãe do cliente de acordo com documento de autorização para supervisão do Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento (IBAC).

### **Queixas e Demandas**

Os pais procuraram a terapia devido a um encaminhamento da psiquiatra, pois segundo eles, João é muito seletivo em seu cardápio alimentar. Não come fruta, legumes, verduras e nenhum tipo de carne. Atualmente ele só come arroz, feijão, nugget, batata frita se for comprada do supermercado, farofa, ovo, pão, sendo que adora comer pão, pipoca, suco de caixinha e biscoito recheado.

Com um ano de idade, João começou a ter repetição de infecção de garganta, sendo que às vezes essa infecção durava dois meses. Devido a tal fato, os médicos descobriram que ele sofria de refluxo, fazendo com que sua alimentação ficasse restrita

a certos alimentos. Esse quadro de infecção segundo os pais, começou com um ano de idade e foi até nove anos. Nesse período de tratamento, ele tomou muita medicação. A partir dos dez anos de idade essa infecção foi controlada.

A mãe relatou que ele foi para a creche com um ano de idade e que até os três anos as professoras diziam que ele comia bem. A partir dos três anos ele passou a recusar a alimentação da creche. A mãe disse que ela foi alguns dias na creche durante a semana no horário do almoço para saber por que João não se alimentava e viu que as crianças vomitavam muito. Ela acredita que esse fato causava nojo em João fazendo com que ele recusasse a comida da creche.

Dos três aos sete anos João não sentava-se à mesa, ele dizia que a comida fedia e ninguém podia comer do lado dele. Ele comia no sofá com a televisão ligada. Com oito anos ele passou a comer na mesa com os pais. A mãe falou que ela não deixou de fazer a comida, então ela acredita que ele passou a acostumar com o cheiro e que ela espera a comida esfriar antes de colocá-la na mesa. O pai passou a desligar a televisão. A mãe disse que a partir dos quatro anos, ele passou a relatar nojo, como por exemplo, a comida que não gosta ele vomita, se alguém comer perto dele com a boca aberta, ele não come tem nojo, atualmente quando tem algum aniversário de um colega em um restaurante e ele sabe que se for um amiguinho que come de boca aberta, ele não vai. A mãe disse que ele sofre por não conseguir comer, ele sabe da importância dos alimentos, mas que experimentar um alimento é motivo de sofrimento para ele, e que ele chora.

A mãe relatou que batia o feijão no liquidificador junto com taioba, cenoura e beterraba pois, ele não come legumes. Ela sempre fez o nugget assado e tenta evitar a batata frita. Disse também que ele não come arroz e feijão puro, pois ele tem nojo e só come se tiver o nugget e a batata. Atualmente, a mãe faz vitamina de banana, maçã e

pera para ele tomar e que ele está tomando, mas tem que colocar a vitamina num copo e fechar com a tampa, pois ele diz que a vitamina tem cheiro e o cheiro o incomoda.

Aos 10 anos de idade, João tomou uma medicação homeopática para tratar a sinusite e essa medicação o fez vomitar, a mãe levou no médico e foi preciso interná-lo, pois ele não parava de vomitar, ele ficou uma semana internado. Nesse período, ele tomou muita medicação e vomitou bastante, depois disso ele passou a ter medo de comer e vomitar e qualquer remédio que a mãe dá para ele, ele vomita.

Segundo a mãe, ele também tem problema com a textura dos alimentos. Ela passou a colocar aveia na vitamina e quando ele sentiu a textura da aveia, ele vomitou. Agora ela fica com medo de colocar alimentos diferentes e ele recusar o pouco que ainda come. A mãe relatou que não podia comer banana perto dele, pois ele alegava que fedia. Quando ele dormia, ela pegava a casca de banana e colocava perto do nariz dele para ele sentir o cheiro, fez isso por uma semana. Ela disse que depois que começou a fazer isso ele passou a não reclamar do cheiro da banana.

Os pais relataram também que eles evitam fazer viagens devido à restrição alimentar do João e a mãe relatou que isso a deixa muito preocupada, pois fica com medo de viajar e João não comer nada. Quando ela vai para a casa da mãe que mora no interior, ela leva a comida dele pronta, pois João alega que só gosta da comida dela.

Foi verificado, pela terapeuta, que o alimento pode ter se tornado um estímulo aversivo para João devido ao quadro de refluxo e infecção repetida de garganta. Ele pode ter aprendido que comer é sinônimo de gosto ruim e de sofrimento, pois o refluxo faz a comida voltar com o suco gástrico e a infecção na garganta torna o ato de comer dolorido.

O arroz, o feijão, a farofa, o nugget, a batata frita, o suco, o pão, a pipoca e o biscoito recheado podem ter sido alimentos que João experimentou e que não fizeram

mal a ele. Dessa forma, ele passou a comer somente esses alimentos, generalizando esse comportamento e assim passou a não querer experimentar novos alimentos com medo de experimentar e passar mal. João aprendeu a comer os mesmos alimentos e a não experimentar novos, e isto se tornou uma regra para ele, tendo como consequência a esquivar-se de não ter que comer alimentos que ele não gosta.

No decorrer dos atendimentos, foram identificados alguns padrões comportamentais, tais como fuga e esquivar-se de condições aversivas e comportamento governado por regras e autorregras, que determinavam a manutenção do comportamento de seletividade alimentar. No início do processo terapêutico, quando era apresentado para João um alimento para ele experimentar, ele fazia vários questionamentos para a terapeuta antes de experimentar e mesmo a terapeuta respondendo os seus argumentos, ele arranjava desculpas do tipo que não estava com fome, que estava cheio, que a fruta tinha que ser cortada em um pedaço menor.

O processo terapêutico teve por objetivo desenvolver o repertório de experimentar novos alimentos por parte da criança, fazendo com que a comida deixasse de ser um estímulo aversivo e passasse a ser um estímulo reforçador.

## **Local**

Os atendimentos ocorreram em um consultório particular de psicoterapia. No local do atendimento existia uma poltrona e um sofá de dois lugares, posicionados um de frente para o outro, mesa e um armário com brinquedos, jogos e livros.

## **Procedimento**

Até o momento em que o presente trabalho foi redigido foram realizadas 44 sessões. As sessões ocorriam uma vez por semana com duração de 50 minutos. As

sessões foram conduzidas conforme os princípios da Terapia Analítico-Comportamental Infantil.

A terapeuta procurou fazer um vínculo com João, para que fosse estabelecida uma relação reforçadora, de confiança e audiência não punitiva. Como a mãe já havia falado, João não gosta de falar no assunto de alimentação e chora quando não consegue comer alimentos novos, dado que sabe da importância de se alimentar corretamente.

Durante todas as sessões, buscou-se trabalhar com o reforçamento positivo e a modelagem. O reforçamento positivo é um procedimento usado na terapia com o objetivo de aumentar a frequência do comportamento mediante a apresentação de estímulos reforçadores. O reforço é um evento consequente ao comportamento, que aumenta as chances de que esse mesmo comportamento ocorra no futuro. A modelagem é um procedimento que possibilita a ampliação do repertório comportamental de um organismo por meio da aquisição de novas respostas, envolve reforçamento diferencial de algumas respostas em detrimento de outras e aproximações sucessivas da resposta final desejada. Para que a modelagem aconteça, é necessário identificar os possíveis reforçadores para o comportamento do indivíduo.

Ao receber a demanda de seletividade alimentar, o terapeuta deve ter o cuidado de fazer com que o cliente se sinta à vontade para falar quais são as suas dificuldades e assim desenvolver um trabalho voltado para a experimentação de novos alimentos. Para analisar o comportamento de seletividade alimentar, foi solicitado primeiramente para a mãe do cliente que fizesse um registro da alimentação do João durante uma semana para ter conhecimento dos alimentos que estavam inseridos em seu cardápio alimentar e os horários em que a alimentação acontecia.

Ao iniciar os atendimentos com João, a terapeuta perguntou o motivo pelo qual ele estava fazendo terapia. João respondeu que podiam ser dois motivos: a escola e a

alimentação, como suas notas haviam melhorado ele então achava que ele estava ali por causa da alimentação. Entretanto, João afirmou não saber porque estava em terapia, demonstrando, dessa maneira, que o comportamento de ir à terapia é governado pela regra que a mãe apresenta para ele. Assim sendo, João apresentou ao longo da terapia uma dificuldade em trabalhar a sua alimentação, devido ao fato dele achar que não era necessário mudar a sua alimentação.

Ao longo da terapia, a terapeuta apresentou para João vários alimentos com o objetivo de fazer com que ele entrasse em contato com esses alimentos e experimentasse cada um deles. Nos primeiros atendimentos do processo terapêutico, a terapeuta começou investigando quais cheiros dos alimentos que João não gostava e quais cheiros ele gostava. Sendo que, a vontade de comer um alimento pode ser estimulada pelo cheiro fazendo com que a pessoa tenha a vontade de comer tal alimento. João relatou para a terapeuta que não gosta do cheiro da verdura, uma vez que as verduras possuem cheiros fortes, e que gosta do cheiro de peixe assado, arroz queimado, carne assada e batata frita.

Após essa investigação, a terapeuta solicitou que João escrevesse os alimentos que ele considerava importante para uma alimentação saudável. João preferiu desenhar os alimentos. Devido a tais informações trazidas por João sobre os alimentos, a terapeuta fez uma lista de todos os alimentos para João dizer se ele conhecia, se já havia comido, se gostava e se o cheiro era bom ou ruim.

João ficou tão empolgado com a lista, que sugeriu para a terapeuta fazer um bingo das coisas que ele comia e não comia. A terapeuta levou para o consultório imagens dos alimentos que estavam presentes na lista feita com João. Utilizou cartolina para juntos montarem o bingo e realizarem a brincadeira o que favoreceu uma sessão descontraída e atrativa para ambos. Dessa maneira, a terapeuta teve a adesão do paciente

para trabalhar a alimentação de uma forma reforçadora e que não trouxesse sofrimento para o paciente. Após terminar o bingo, foi feita uma tabela com todos os alimentos de A a Z que a terapeuta havia levado para a consulta e assim João conseguiu discriminar os alimentos que ele considera importante para uma alimentação saudável.

A terapeuta, ao longo dos atendimentos, verificou que João não sabia tatear a sua alimentação, dado que quando a terapeuta questionava o motivo pelo qual ele estava ali, ele apenas dizia alimentação sem saber tatear se é porque ele come os mesmos alimentos, ou se ele não consegue experimentar novos alimentos, ou se é porque ele tem nojo dos alimentos. João sinalizava, com expressões faciais, não gostar quando a terapeuta falava que a alimentação dele estava ruim. Com isso, a terapeuta perguntou se a alimentação dele estava boa ou ruim e João disse que não gostava daquela expressão, então a terapeuta sugeriu que eles falassem alimentos saudáveis e não saudáveis e João concordou.

No entendimento da terapeuta, as palavras “alimentação ruim” traziam sofrimento para João e por isso ele solicitou que não usasse aquelas palavras. A terapeuta também conseguiu averiguar que João não comia uma comida caso escutasse alguém falando que a mesma era ruim e também se o alimento tivesse aparência feia ou cheiro ruim. Nesse caso, o comportamento do João de não comer alguns alimentos é controlado pela fala das pessoas, e com isso João pode ter desenvolvido uma autorregra “não como alimentos que tem aparência feia e cheiro ruim”.

Sendo assim, a terapeuta solicitou para João fazer um registro da sua alimentação durante uma semana e trazer para a próxima sessão com o objetivo de comparar a alimentação dele com uma alimentação adequada, e fazer com que João pudesse dizer se a alimentação dele estava de acordo com a pirâmide alimentar e se era preciso mudar e/ou acrescentar novos alimentos. Com essas informações, a terapeuta



também teve como meta identificar junto com o cliente as consequências que uma alimentação inadequada poderia trazer para a saúde do João.

Depois, a terapeuta procurou identificar junto com João os cheiros que ele gostava e não gostava, e com isso investigar se o fato dele não comer novos alimentos estava associado ao cheiro. Para fazer essa investigação, a terapeuta fez de uma forma lúdica para que João ficasse à vontade na sessão e colaborasse com a proposta da terapeuta. A terapeuta disse a João que ela faria uma brincadeira com ele, ela iria vendiar os olhos dele e pedir para ele cheirar alguns alimentos e dizer se o cheiro era bom ou ruim. João gostou da ideia.

João foi dizendo para a terapeuta os cheiros que ele gostava e não gostava. Ao terminar de cheirar os alimentos, a terapeuta mostrava para João os alimentos que ele havia cheirado. Havia alimentos que João relatava que havia gostado do cheiro, mas quando a terapeuta mostrava quais eram esses alimentos João falava que havia gostado do cheiro, mas que não gostava daquele alimento, e que não tinha vontade de experimentar. Dos alimentos apresentados, três alimentos João relatou que não estava acreditando que a terapeuta havia feito ele sentir o cheiro sendo o tomate, o catchup e a mostarda, visto que ele não gosta.

Após terminar de cheirar todos os alimentos, a terapeuta propôs para João repetir os alimentos que ele havia considerado com o cheiro ruim, agora sem venda, para verificar se o cheiro iria permanecer o mesmo, e João concordou. Dos alimentos que ele havia selecionado como sendo de cheiro ruim, João conseguiu reclassificar quatro alimentos com o cheiro bom.

Essa intervenção demonstrou que João recusava alguns alimentos não somente pelo cheiro, mas também pela aparência do alimento. Ao colher esses dados a terapeuta elaborou o planejamento de suas intervenções em mostrar para João que o alimento pode

apresentar uma aparência feia e ter um bom gosto, pode apresentar uma aparência bonita e ter gosto ruim, pode ter um bom cheiro e ter um gosto ruim, assim como ter um cheiro ruim e apresentar um gosto bom e que somente pela experimentação dos alimentos e a repetição do ato de experimentar é que ele seria capaz de dizer se gosta ou não do alimento.

Passado a fase de identificar os cheiros e fazer o registro da alimentação, a terapeuta trabalhou ao longo do processo terapêutico com a experimentação de novos alimentos. Para isso acontecer, a terapeuta passou a levar para as sessões alimentos e solicitar que João também levasse alimentos da casa dele para a consulta. Para começar a quebrar a relação que João havia feito entre ver o alimento para assim comer, a terapeuta propôs levar para a consulta alimentos que ele gostava e alimentos que possuíam cheiro bom, e fazer com que ele comesse de olhos fechados. João aceitou a proposta e a terapeuta solicitou que ele também trouxesse alimentos e fizesse o mesmo com ela. João perguntou quais alimentos a terapeuta gostava e ela respondeu que podia ser qualquer um, pois ela gosta de todos os alimentos.

Primeiro a terapeuta iniciou por ela para dar modelo para João, logo após ela fez a intervenção com ele. No momento em que era para ele experimentar, João demonstrou uma resistência, fechando a boca e solicitando para a terapeuta sentir o cheiro do alimento antes de comer, em relação a outros alimentos, a terapeuta disse para João confiar nela, pois eram alimentos que ele gostava.

Dos alimentos apresentados, João gostou do cheiro do biscoito de morango e ao comer disse que não gostava, devido ao fato de achar o mesmo enjoativo. O biscoito demais e ele não conseguiu identificar o cheiro, mas comeu mesmo assim e ao colocar na boca soube dizer que era biscoito de maisena, assim também aconteceu com o achocolatado.

A terapeuta conversou com João mostrando para ele que alguns alimentos não possuem um cheiro específico, e que ele pode gostar quando comer. Da mesma forma, o alimento pode ter um cheiro bom e o gosto não ser agradável, e que ele só vai saber que alimento ele está comendo se ele experimentar. Quando João trazia uma fruta, a terapeuta solicitava que João lavasse aquela fruta e depois, juntamente com ela, eles cortavam a fruta em pedaços menores para assim fazer com que João entrasse em contato com essa fruta.

Por João apresentar uma dificuldade em experimentar novos alimentos, foi trabalhado suas dificuldades de uma forma lúdica para poder mostrar que as dificuldades devem ser superadas e que novos comportamentos podem ser emitidos para enfrentar uma dificuldade. A terapeuta utilizou um jogo chamado pega varetas e nomeou de pega vareta das dificuldades. Primeiro ela pergunta para a criança o que é uma dificuldade, depois que consequências ruins essa dificuldade pode gerar, e por último como podemos superar essa dificuldade e que consequências positivas podem ser geradas quando elas são superadas. João gostou da proposta. Sempre que João ia experimentar um alimento, a terapeuta associava aquele momento com um jogo e cada vez que ele experimentava, a terapeuta reforçava o seu comportamento com elogios, batendo palmas, pedindo para João tocar na mão dela, consentimento com a cabeça e sorrisos. A terapeuta costumava dizer para João que a cada três partidas do jogo, eles iam experimentar o alimento e quando havia cartas, ela dizia que o número da carta que tirasse iria ser a quantidade de vezes que eles iam experimentar.

Em alguns momentos do jogo, João pegava o alimento sem a terapeuta solicitar e sem estar associado ao término da partida ou ao número relacionado às cartas que eles tiravam no jogo. Os jogos utilizados foram os jogos que João gostava de jogar como o

uno, corrida dos bichos, lince, baralho, dominó. As frutas levadas para o consultório foram: morango, manga, laranja, banana, ameixa.

Uma consulta foi realizada na padaria para verificar a queixa apresentada pela mãe, de que João apresentava dificuldade de se alimentar em ambientes públicos como lanchonete e restaurante. E para que a terapeuta pudesse dar modelos de como se comportar nesses lugares, e que esse comportamento de se alimentar em lanchonetes, restaurantes e padarias é natural e possível para qualquer pessoa. Também foi utilizado o procedimento da modelação quando a terapeuta dava modelo para João de como deveria comer algum alimento e quando ela pedia para que ele experimentasse junto com ela, a fim de aumentar a frequência de experimentar novos alimentos e gostar dos mesmos. Ao tentar modelar o comportamento de João, a terapeuta sugeriu para João que na semana que eles experimentassem novos alimentos, ele iria escolher dois dias da semana e que iria comer aquele alimento no momento em que fosse jogar, da mesma forma que era feito nas sessões, com o objetivo de generalizar esse comportamento para o ambiente da casa.

Nas consultas finais, a terapeuta passou a fazer os atendimentos na residência da criança, onde a terapeuta lavava a fruta, descascava, fazia sucos e teve condições de fazer uma salada de fruta. No ambiente natural, havia mais condições de mexer nos alimentos e fazer receitas diferentes. João gostou da ideia e sempre que a comida ia ser experimentada, esse momento era associado a um jogo.

Partindo desses dados, buscou-se analisar quais as contingências que poderiam estar envolvidas nesse contexto e identificar os estímulos reforçadores que estavam mantendo esse comportamento, assim como identificar os estímulos aversivos que estavam diminuindo a frequência do comportamento de experimentar novos alimentos e aumentar a variedade de alimentos no dia a dia.

## **Resultados**

Os resultados foram descritos com base na formulação comportamental, elaborada durante os atendimentos e realizada no decorrer das 44 sessões de psicoterapia. Cabe ressaltar que o cliente se encontrava em atendimento psicoterapêutico quando o presente trabalho fora escrito.

## **Histórico Familiar**

João mora com os seus pais Renata (48 anos) e Marcos (50 anos), tem 11 anos de idade, sendo filho único do casal. Renata é formada em pedagogia, não atua na profissão desde que formou e trabalha como dona de casa. Renata é responsável por cuidar da casa, cozinhar e levar o João para a escola, assim como, para as atividades extracurriculares como inglês, natação e terapia. Marcos é formado em contabilidade e administração, trabalha no período vespertino ficando em casa na parte da manhã. Atualmente, João frequenta o ensino fundamental de uma escola particular e está cursando o sétimo ano. Estuda no período matutino e pertence à classe social média.

Renata fala que João chega em casa pela escola por volta de 12:30. Na hora do almoço, quem prepara o prato do João é ela, dado que quando ele prepara o prato, ele coloca pouca comida. Renata fala que quando ela prepara o prato dele, coloca mais quantidade de comida, porque assim ela tem a esperança dele comer mais. Ela fala que quando ela tenta ser mais firme com João para ele comer mais ou comer alguma coisa diferente, João costuma ligar para o pai chorando. O pai fala para ela fazer o que João está pedindo, ela por sua vez faz chantagem com o João dizendo que se ele não comer, ela também não irá comer, e que João começa a chorar pedindo para ela comer. Há situações em que ele come e tem outras situações que ele não come.

João dorme depois do almoço até umas duas horas, e depois que acorda ela o coloca para fazer as atividades da escola quando não tem natação e nem inglês e só o deixa jogar videogame depois que ele fez as atividades escolares. Renata disse que até o ano passado, ela arrumava o material escolar do João, estudava todas as matérias com ele e que quando ele não fazia a atividade, ela escrevia e mandava-o copiar com a letra dele.

Renata relata que até os três anos de idade, ela foi muito rigorosa na criação do João. Se ele não a obedecia, ela batia ou o colocava de castigo. Ela disse que foi criada a base de chinelada e que se perguntar para a mãe dela como deve corrigir uma criança, a mãe dela vai dizer que é por meio do chinelo. Com quatro anos de idade, ela levou João para fazer arte terapia em razão de um primo, que tem a mesma idade dele, ter mudado para o Rio de Janeiro. Renata pensou que ele havia ficado triste e não queria mais brincar, devido a esse fato. Segundo Renata, depois de orientações da terapeuta, ela passou a não brigar, a não bater e a não exigir em relação às atividades escolares.

Antes de iniciar o processo terapêutico, Renata passou a colocar João para arrumar o seu material escolar, sendo que todas as vezes que ele tem que arrumar, ele reclama e pede para ela arrumar, e que algumas vezes ela arruma e outras não. Disse também, que ela não está mais estudando com ele e quando ele estuda sozinho, ele estuda meia hora e diz para ela que já terminou. Quando ela o questiona em relação ao cumprimento da tarefa, ele fica nervoso dizendo que ele já terminou. Segundo ela, ele faz tudo rápido para poder jogar e como ele fala que já terminou, ela o deixa jogar.

Dentro de casa, João não arruma o seu quarto, nem a sua cama e não lava as louças que sujou, todas essas tarefas são de responsabilidade da mãe. Dessa forma, João não aprende a ter responsabilidade com as atividades domésticas. João não precisa ter responsabilidade com os estudos, não precisa ter responsabilidade com as atividades

domésticas e assim ele pode generalizar esse comportamento fazendo com que ele também aprenda que não precisa ter responsabilidade com a alimentação. João só vai aprender a ter responsabilidade, se for delegado para ele comportamentos de responsabilidade.

Segundo Renata, Marcos não a ajuda com a criação de João, quando ela pede para ele buscar João em alguma atividade, o pai esquece. Quando ela pede para ele ajudar João a fazer a atividade de matemática, ele não ajuda. Quando João era criança, Marcos não brincava com ele, sendo ela que ficava com a responsabilidade de brincar com o filho. Ela descreve que quando ela via Marcos brincando com outras crianças, ela morria de ciúmes já que ele não brincava com João.

Renata relata que Marcos gosta de ficar em casa, é mais calmo quando comparado a ela e que faz as coisas que ela pede no tempo dele, e o João assemelha-se a ele. Renata fala que o programa que é feito em família é quando eles viajam. Quando não viajam, João, ela e Marcos passam o final de semana em casa e cada um faz o que gosta: ela cuida da casa, João joga videogame e Marcos assiste televisão. Costumam sair quando tem algum aniversário, quando a mãe quer ir ao shopping ou almoçar em restaurantes, sendo que, algumas vezes João não vai, preferindo ficar em casa.

### **Histórico Socioafetivo**

Os reforçadores do João são: gostar de desenhar; de andar de bicicleta; de assistir filmes dos personagens da Marvel; de jogar videogame, jogar no celular e brincar no iPad. João prefere ficar em casa a passear no parque, ir à praia ou ao shopping. Segundo ele, esses lugares não vão ter videogame para ele jogar ou podem não ter internet para jogar no iPad.

João, por ter nojo de ver outras pessoas comendo, prefere não ir aos aniversários de colegas quando são comemorados em restaurantes. Também não gosta de comer em restaurante, pois não sabe se irá encontrar as comidas que tem costume de comer e evita participar das excursões promovidas pela escola pelo mesmo motivo.

Segundo a mãe, João se relaciona tanto com os amigos da escola quanto do inglês e não apresenta nenhum problema de relacionamento com os mesmos. No prédio em que mora não tem criança da sua idade. Convive com um primo que também tem 11 anos de idade, filho da irmã do Marcos e que estuda na mesma escola de João.

João não tem queixas acadêmicas.

### **Histórico Médico-psicológico**

A mãe do João relatou para a terapeuta que com um ano de idade João começou a ter infecção de repetição de garganta e às vezes essa infecção durava dois meses. Devido a tal fato, os médicos descobriram que ele sofria de refluxo, fazendo com que sua alimentação ficasse restritiva a certos alimentos, principalmente alimentos de raízes.

Esse quadro de infecção, segundo os pais, começou com um ano de idade e foi até nove anos. Nesse período, ele tomou muita medicação durante o tratamento. Atualmente ele associa biscoito de maisena com o remédio, dado que quando a mãe dava um remédio para João, logo em seguida ela dava um biscoito para disfarçar o gosto do remédio, e assim o biscoito de maisena adquiriu funções aversivas para João. A partir dos dez anos de idade essa infecção foi controlada.

João pode ser portador de talassemia por apresentar uma má formação da hemoglobina, em função disso, faz acompanhamento com a hematologista. Antes de procurar a terapia, a mãe levou João à psiquiatra infantil devido ao quadro de seletividade alimentar. A psiquiatra fez o encaminhamento para a terapia para que



primeiro trabalhasse o comportamento alimentar de João antes de entrar com uma medicação. Desde que João começou a selecionar os alimentos, Renata não teve a preocupação de procurar um nutricionista, pois as pessoas diziam que esse comportamento era normal e característico da criança, devendo ela apenas aguardar o avançar da idade para que a alimentação do João melhorasse.

A mãe relatou que João já havia feito três meses de terapia com nove anos de idade para trabalhar o medo que ele apresentava de escuro. Ela relatou que o retirou da terapia por três motivos: as reclamações frequentes de João ao sair de casa; o consultório ser localizado em um bairro diferente do que eles moravam; e pelo fato das consultas serem quinzenais.

### **Contingências de Reforçamento e Repertórios Atuais**

O alimento pode ter se tornado um estímulo aversivo para João devido ao quadro de refluxo e infecção repetida de garganta, uma vez que, ele pode ter aprendido que comer é sinônimo de gosto ruim e de sofrimento. O refluxo faz a comida voltar com o suco gástrico e a infecção na garganta torna o ato de comer dolorido. Adicionalmente havia ocorrências de vômito, tornando a comida ainda mais aversiva. Os alimentos experimentados por ele durante a sua infância como o arroz, o feijão, a farofa, o nugget, a batata frita, o suco, o pão, a pipoca e biscoito recheado não fizeram mal, assim João passou a comer somente esses alimentos, generalizando esse comportamento e não querendo experimentar novos alimentos com medo de experimentar e fazer mal.

Quando um estímulo aversivo é apresentado para uma pessoa, a mesma apresenta resposta de fuga ou esquiva que traz um alívio para a pessoa por ter conseguido se manter distante do estímulo aversivo. As respostas de fuga produzem o fim do contato com um estímulo aversivo e as respostas de esquiva evitam contato com um estímulo aversivo. Quando a pessoa aprende a se comportar dessa maneira perante

um estímulo aversivo, ela acaba não desenvolvendo comportamentos para enfrentar a situação se limitando a essas respostas, e pode restringir o seu repertório comportamental ao tornar o ambiente coercitivo, pois por encontrar eventos aversivos com frequência, aprenderá que é mais seguro ficar quieto e fazer o mínimo possível (Martin & Pear, 2009).

João também apresentou respostas de fuga e esquiva nas sessões quando a terapeuta conversava com ele sobre alimentação, ou quando iam experimentar algum alimento. No momento de experimentar algum alimento, João deixava a fruta cair várias vezes da sua mão, colocava o alimento na boca na terceira vez que a terapeuta solicitava, usava vários argumentos para não experimentar como falar para a terapeuta que estava cheio, que estava sem fome, que o alimento não estava bonito e por fim que ele não queria experimentar o alimento (a mãe já havia falado para a terapeuta que antes de comer, ele costuma usar vários argumentos, e que em determinadas situações ela desistia e acabava dizendo para ele que não precisava comer).

Em uma sessão, por exemplo, a terapeuta levou a maçã para eles experimentarem. João primeiro pediu para descascar a maçã, depois a terapeuta disse para o João que ela ia contar até três e que quando falasse já eles iriam comer. A terapeuta contou até o três e no já João disse jacaré. A terapeuta disse para João que iria falar já de novo e quando ela disse já, João disse jabuticaba e a terapeuta disse que eles iam experimentar independentemente do que João falasse e João pegou a maçã e junto com a terapeuta a colocou na boca. Na Tabela 1 são apresentadas algumas análises funcionais:

Tabela 1  
*Análises Funcionais realizadas a partir do atendimento terapêutico de João*

Antecedente	Comportamento	Consequência
Pergunta da terapeuta: “quais cheiros você não gosta?”	Falar sobre os cheiros que gosta	Ao falar sobre os cheiros que gosta João não precisa falar das dificuldades que ele tem

---

		(reforçamento negativo)
Sofrer de refluxo e infecção de repetição de garganta	Comer a mesma comida no almoço	Aprendeu que essa comida não faz mal para ele (reforçamento positivo)  Esquiva de experimentar novas comidas e passar mal (reforçamento negativo)
Conversa sobre enfrentar os desafios e superar as dificuldades	Interromper o assunto perguntando se pode falar de como foi aula	Esquiva de ter que conversar o que a terapeuta está propondo (reforçamento negativo)
Diante da apresentação de um novo alimento	Atrapalhar a terapeuta	Adiar o momento de experimentar (reforçamento negativo)
Diante da apresentação de um novo alimento	Cheirar o alimento	Adiar o contato com o alimento com cheiro considerado ruim (reforçamento negativo)  Experimentar o alimento que tem cheiro bom (reforçamento positivo)

---

Ao longo dos atendimentos com João, a terapeuta também descobriu que Renata não reforçava o comportamento do filho quando ele comia algum alimento novo, pois segundo ela, elogios são feitos para crianças pequenas e João não é mais criança pequena sendo o comportamento de comer uma obrigação dele.

Renata também revelou que estava cansada de ficar elogiando porque fez muito isso na infância de João. Ao invés de elogiar o comportamento do João quando ele comia um alimento novo, Renata brigava com ele por ele ter comido uma pequena quantidade com frases do tipo “João você só comeu isso? João come mais, o que você comeu é muito pouco.” E quando ela fazia esses questionamentos para João, ele falava que não ia comer mais, já que Renata só brigava com ele. Renata, ao brigar com João quando ele comia um alimento novo, estava punindo o comportamento do João, ou seja, ela estava diminuindo a frequência do João comer novos alimentos. A punição provoca a

supressão completa da resposta e nãoa eliminação dela; pode possui efeito duradouro eter efeito irreversível(Martin & Pear, 2009).

### **Objetivos Terapêuticos**

A partir das sessões de avaliação comportamental realizadas com os cuidadores e com a criança, estabeleceu-se os seguintes objetivos terapêuticos: (1)desenvolver repertório de autoconhecimento ao ensiná-lo a descrever seu comportamento, identificando as variáveis que estão relacionadas ao comportamento de seletividade alimentar; (2) tornar o alimento considerado em estímulo aversivo em um estímulo reforçador através do comportamento de experimentar e da apresentação repetida do alimento; (3) aumentar a frequência do comportamento de experimentar novos alimentos;(4) bloquear os comportamentos de esquiva do cliente com relação à seletividade alimentar; e, (5) diminuir o comportamento de restrição de contato com novos alimentos.

### **Mudanças Observadas**

Até a elaboração do presente estudo, João havia apresentado progressos consideráveis em relação ao início dos atendimentos. Primeiramente, formou-se um ótimo vínculo entre cliente e terapeuta. Nas primeiras sessões voltadas a experimentação de novos alimentos,foi notado pela terapeuta que quando iria experimentar um novo alimento, João pegava a fruta e deixava cair duas vezes, dizia também que estava grande e solicitava a terapeuta para cortá-la em pedaços menores.

A terapeuta, ao bloquear os comportamentos de esquiva apresentados por João nas consultas, percebeu queJoão já não recusava-se a experimentar a fruta.Adicionalmente,a terapeuta resolveu associar o momento de experimentar o novo

alimento com um jogo que ele gostava de jogar a fim de tornar essa experiência menos aversiva e mais reforçadora. O jogo selecionado foi “a corrida dos bichos”, jogo este que possui cartas que ilustram diversos bichos e números relacionados a estes bichos de forma que se anda no tabuleiro, com o relativo bicho, o número de casas indicadas em cada carta. Foi combinado pela terapeuta a seguinte regra adicional: a cada três rodadas, ele e a terapeuta deveriam dar o mesmo número de mordidas no alimento novo a ser experimentado no dia. Com o passar dos atendimentos e a intervenção trabalhada dessa maneira, pode ser notado que João já experimentava os alimentos no momento em que a terapeuta solicitava sem apresentar o comportamento de fuga e esquiva e sem apresentar resistência à proposta da terapeuta. Também foi percebido que no momento em que jogavam, João às vezes pegava o alimento sem a terapeuta pedir e em alguns momentos ele próprio questionava a terapeuta se eles não iriam experimentar o alimento. João, em alguns momentos do jogo, dava mais mordidas do que o número de vezes que ele andava no tabuleiro.

A terapeuta, após realizar a intervenção de associar os comportamentos de comer e jogar, tornando o alimento menos aversivo para João, passou a programar a generalização desse comportamento para o ambiente da casa. A terapeuta fazia combinados com João para que, duas vezes na semana, ele pegasse a fruta que eles tinham experimentando no consultório e comesse junto com o momento de jogar videogame, e que se ele cumprisse o combinado, a próxima sessão seria só de jogos. João na maioria das vezes cumpriu os combinados, e esse comportamento começou a ser generalizado para o ambiente da casa.

Ao longo dos atendimentos, a mãe relatava para a terapeuta as novas comidas que João havia experimentado. A terapeuta percebeu que João comia novos alimentos quando ele preparava essas comidas com a mãe, demonstrando, dessa maneira, que

quando ele preparava a comida juntamente com a mãe, o alimento se tornava menos aversivo e ele era capaz de comer esse alimento.

Mediante a esse fato, a terapeuta solicitou à mãe da criança que fizesse outras comidas em casa junto com João para assim aumentar o número de alimentos em seu cardápio alimentar. A mãe seguiu a recomendação da terapeuta e conseguiu fazer com que o filho comesse bolo de fubá e de laranja, palha italiana, pão de alho e algumas verduras como chuchu e cenoura.

Segundo a mãe, João já não chorava para experimentar um alimento novo. Renata também relatou que em casa, João já não reclamava mais do cheiro de certas frutas que ela costumava comer perto dele, descrevendo inclusive uma situação na qual ela comeu manga ao lado de João e ele não reclamou dizendo que estava fedendo, como era de seu costume fazer. Renata relatou também que nas férias eles viajaram para o interior e que lá, pela primeira vez, João comeu todos os dias em restaurante sem reclamar.

Na trigésima oitava sessão, a terapeuta passou a fazer atendimento domiciliar, pois Renata alegou que por motivos pessoais não teria como levar João para o consultório. Além disso, foi uma forma de se começar o treino de generalização do comportamento alimento da criança. Quando a terapeuta chegava à casa do João, ele a recebia com sorrisos e era extremamente solícito em tudo que a terapeuta pedia. Ela pedia para lavar a fruta, depois secar, depois descascar, colocar no prato, pegar um jogo, sentar à mesa e comer o alimento.

João já não demonstrava resistência e assim passou a incluir outros alimentos em seu cardápio alimentar. A terapeuta sempre orientou os pais para reforçarem sempre o comportamento do João de experimentar e comer novos alimentos com elogios.

## Considerações Finais

O caso clínico apresentado elucidava a seletividade alimentar. Na seletividade alimentar, o indivíduo restringe a quantidade de nutrientes que o organismo vai receber trazendo prejuízos físicos, cognitivos, comportamentais e sociais. A seletividade alimentar é caracterizada por uma rejeição à comida que pode passar pela infância e ir até a vida adulta.

As dificuldades alimentares podem fazer com que as crianças aprendam a ter preferências por certos alimentos e aversões a outros alimentos. Essa aversão pode ser demonstrada por ataques de pânico e fobias em relação a alimentos ou formas de preparação e isto pode se estender a idade adulta.

A criança e o adulto que selecionam os tipos de alimentos que vão comer e não introduzem em sua dieta alimentos novos podem restringir as atividades sociais associadas à alimentação, sem contar que podem ter problemas de saúde por falta de nutrientes necessários ao desenvolvimento físico e biológico.

É de extrema importância que a criança desenvolva na infância uma alimentação apropriada para que essa alimentação passe também pela vida adulta. Uma alimentação adequada propicia o crescimento físico, desempenho e produtividade, bem como a manutenção da saúde e do bem-estar. As crianças necessitam receber uma variação de nutrientes que vão permitir seu apropriado desenvolvimento cognitivo e psicomotor. O tratamento pode ser multiprofissional envolvendo a terapia comportamental infantil, médicos e nutricionistas.

Buscou-se, então, nesse trabalho analisar o comportamento a partir de um contexto, identificando e compreendendo a função desse comportamento, analisando os antecedentes e as consequências como uma classe mais ampla de comportamento. O cliente apresentava dificuldade em aceitar e experimentar novos alimentos. As

contingências às quais o cliente estava exposto favoreceram o estabelecimento de alguns padrões comportamentais como respostas de fuga e/ou esquiva.

O processo psicoterápico teve como objetivo desenvolver em João novos repertórios comportamentais que pudessem fazer com que a comida se tornasse um estímulo reforçador e que promovesse consequências reforçadoras. Assim, a terapia como um novo contexto na vida do cliente teve um papel importante na aquisição de um novo repertório comportamental, caracterizado pelo comportamento de experimentar e aceitar novos alimentos.

Para tanto, procurou-se priorizar o ambiente terapêutico, partindo dos pressupostos da TACI, utilizando a relação terapêutica para modificar comportamentos fora da sessão e dessa forma generalizar o comportamento para outros ambientes. Com as intervenções apresentadas pela TACI, João vem apresentando menos resistência em aceitar e experimentar novos alimentos, inserindo dessa maneira alimentos em seu cardápio alimentar que não estavam incluídos em sua dieta, apresentando respostas de fuga/esquiva em menor frequência quando comparadas com as sessões realizadas no início do atendimento.

Dessa forma, o presente trabalho contribuiu para demonstrar formas de intervenções terapêuticas baseadas em uma Análise Comportamental Clínica e na Terapia Analítica Comportamental Infantil (TACI), priorizando o uso do reforçamento positivo, modelagem e modelação em um caso de seletividade alimentar. Intervenções que não só privilegiam a aplicação de técnicas, mas que demonstram como a Análise do Comportamento pode ser efetivamente usada no contexto clínico, e de divulgar ganhos obtidos com ações terapêuticas desenvolvidas em uma prática clínica que prioriza as análises funcionais como meio de pesquisa.



## Referências

- Bomtempo, E. (1999). Brinquedo e Educação: na Escola e no Lar. *Psicologia Escolar e Educacional*, 3(1), 61-69.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. (D. G. Souza, trad.). Porto Alegre, RS: ArtMed
- Del Prette, G. D. (2006). *Terapia Analítico-Comportamental Infantil: Relações entre o Brincar e Comportamentos da Terapeuta e da Criança*(Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Fisberg, M., Tosatti, A. M., & Abreu, C. L. (2014, novembro). A criança que não come - abordagem pediátrico-comportamental. *Anais do 2º Congresso Internacional Sabará de Especialidades Pediátricas*, Sabará, MG, Brasil.
- Gadelha, Y.A., & Menezes, I.N. (2004). Estratégias Lúdicas na relação terapêutica na terapia comportamental. *Universitas*, 2(1), 57-68.
- Martin, G., & Pear, J. (2009). *Modificação de comportamento: O que é e como fazer*. São Paulo, SP: Roca.
- Moura, C. B., & Venturelli, M. B. (2004). Direcionamentos para a Condução do Processo Terapêutico Comportamental com Crianças. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, VI(1), 17-30.
- Ramos, M., & Stein, L.M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, 76(3), 229-237.
- Sampaio, A. B. M., Nogueira, T. L., Grigolon, R. B., Roma, A. M., Pereira, L. E., & Dunker, K. L. L (2013). Seletividade alimentar: uma abordagem nutricional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(2), 165-170.

- Valle, J. M. N., & Euclides, M. P. (2007). A Formação dos Hábitos Alimentares na Infância: Uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. *Revista APS*, 10(1), 56-65.
- Viveiros, C. C. O. (2012). *Estudo do Comportamento Alimentar, Preferências Alimentares e Neofobia Alimentar em Crianças Pré-Escolares e da Eficácia de um Programa de Promoção de Comportamentos Alimentares Saudáveis em Contexto Escolar: Um Estudo Exploratório* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Wanderlind, F., Martins, G.D.F., Hansen, J., Macarini, S. M., & Vieira, M.L. (2006). Diferenças de Gênero no Brincar de Crianças Pré-Escolares e Escolares na Brinquedoteca. *Paidéia*, 16(34), 263-273.