

As perturbações alimentares precoces e a sua avaliação

MARIA JOSÉ GONÇALVES (*)
EDUARDA RODRIGUES (**)

1. INTRODUÇÃO E FORMAS CLÍNICAS

As perturbações alimentares da primeira infância são situações clínicas muito frequentes, que, em geral, provocam nos pais grande preocupação que se repercute quase sempre na relação com a criança. Vão desde simples flutuações do apetite, transitórias e relacionadas com acontecimentos «menores», como alterações no quotidiano ou no ambiente, entrada na creche, nascimento de irmãos, até situações de recusa alimentar grave que põem em risco a própria vida da criança. Podem ser acompanhadas ou não do aparecimento de comportamentos anómalos e bizarros.

Apesar da diversidade de situações clínicas em que aparecem as dificuldades alimentares, apesar da sua complexidade e multi-factoriedade o que, de acordo com a maioria dos autores dificulta a sua classificação, é possível identificar

quadros clínicos, específicos da primeira infância, para além dos considerados nas classificações diagnósticas aceites internacionalmente, que são pouco discriminativas para esta faixa etária. No capítulo da DSM-IV (DSMMD, 1995) dedicado às «perturbações geralmente diagnosticadas durante a primeira infância, infância ou adolescência», considera-se, erradamente em nosso entender, que não existe uma distinção clara entre perturbações da infância e da vida adulta. Dentro do grupo das perturbações alimentares, consideradas como as situações em que se verifica uma alteração na ingestão de alimentos, quer em termos quantitativos, quer em termos qualitativos, a DSM-IV e a ICD-10 (OMS, 1993) referem apenas: a *ruminação* ou *mericismo* (regurgitação repetida de alimentos), a *pica* (ingestão persistente de substâncias não alimentares), e a *perturbação alimentar da primeira infância*. Esta última corresponde a uma falha persistente de ingestão adequada de alimentos, com acentuada falta de aumento ou mesmo perda de peso, sem causa orgânica, e com uma duração superior a 1 mês.

Para os autores franceses (Kreisler, Porte, 1989), as perturbações alimentares do lactente, a que chamam «comportamentos alimentares desviantes», incluem a anorexia, os vómitos, a ruminação, a pica, a bulimia e ainda a coprofa-

(*) Psiquiatra infantil e Psicanalista, membro da Sociedade Portuguesa de Psicanálise. Chefe de serviço hospitalar, chefe de equipa da Unidade da Primeira Infância do Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital de D. Estefânia, Lisboa.

(**) Psiquiatra e Psiquiatra infantil. Assistente hospitalar e coordenadora da área clínica da Unidade da Primeira Infância, Lisboa.

gia, a tricofagia e a geofagia (incluídas por outros autores no quadro da pica). São consideradas uma forma de patologia psicossomática do lactente, ou seja, são definidas como «perturbações orgânicas cuja gênese e evolução têm uma participação psicológica prevalente».

A literatura francesa dá uma grande importância ao estudo da anorexia, provavelmente por ser a manifestação clínica mais frequente, com as suas várias formas, desde a chamada anorexia comum de oposição até às formas graves de anorexia neo-natal.

Neste trabalho, abordaremos, em primeiro lugar, os factores da criança e os factores do meio, nomeadamente as atitudes maternas, que favorecem o desenvolvimento normal da alimentação e dos comportamentos alimentares.

Em segundo lugar, descreveremos os dois tipos de perturbações alimentares próprios da primeira infância, que se destacam pela sua frequência e complexidade: a *perturbação alimentar da primeira infância*, cujo sintoma mais frequente é a recusa alimentar associado ou não a outras manifestações, como vômitos, selectividade dos alimentos, as birras, etc., e os *síndromas de não progressão estato-ponderal* («F.T.T.»), que apresentam problemas psicopatológicos complexos, e em que os factores relacionais e a patologia familiar parecem ter um papel predominante.

Finalmente, partindo da nossa experiência, apresentaremos os diferentes parâmetros em que se deve basear a avaliação clínica.

2. ASPECTOS EVOLUTIVOS

Os recém-nascidos de termo e saudáveis, têm, entre outras capacidades inatas, as de chupar e engulir e regulam a ingestão de alimentos de acordo com as suas necessidades calóricas (Benoit, 1993). Bowlby (1978) citando Prechtl descreve no recém-nascido uma sequência comportamental inata desencadeada pela fome e que consiste num movimento da cabeça que põe a boca do bebé em contacto com o mamilo; o contacto táctil com o mamilo provoca a abertura da boca e o agarrar deste, o que, por sua vez, desencadeia os movimentos de sucção. A presença de leite na boca provoca, enfim, a deglutição.

Os ciclos de fome-saciedade e a substituição das sensações de desconforto, associadas à fome, pelo bem-estar, associado à satisfação alimentar, ajudam a estabelecer comportamentos alimentares normais. «...um bebé que se alimenta bem é um bebé feliz... e gosta da experiência de ser alimentado» (A. Freud, 1946).

Durante os primeiros meses de vida, a alimentação e o aumento de peso são para os pais e pediatras um dos principais indicadores de que o bebé está bem. Progressivamente, e «quando o bebé desenvolve suficientes capacidades para discernir outras qualidades além da dor e do prazer, a fonte de prazer desloca-se da experiência alimentar para os alimentos» (A. Freud, 1946). Numa perspectiva mais actual, poderíamos dizer que o desenvolvimento das capacidades de discriminação sensorial e da capacidade de reconhecer e de separar as emoções das sensações físicas, a «diferenciação somato-psíquica», vai permitir ao lactente distinguir progressivamente a situação de alimentação, do alimento e do dador de cuidados e separar as diferentes emoções desencadeadas por cada um destes elementos.

Assim, a partir do final do primeiro ano de vida, verifica-se uma diminuição do interesse da criança pela situação alimentar e uma baixa nítida do apetite. É nesta altura que começa a aparecer a modificação do gosto em relação aos sabores e à consistência, a selectividade na apetência pelos alimentos, a variabilidade do apetite e a facilidade de distração pelo ambiente, durante as refeições.

Durante o 2.º ano de vida, o aparecimento de comportamentos de teimosia e as birras, que correspondem a formas de afirmação da vontade e do desejo de independência da criança, transformam-se, nalgumas delas, numa recusa em se alimentar e as refeições tornam-se verdadeiras batalhas com o dador de cuidados., se este insiste em alimentá-la. Este tipo de dificuldades aparece no contexto dos processos psicológicos que levam à aquisição do sentimento de identidade própria e de autonomia da criança. Também para a mãe, a experiência de alimentar o seu bebé é uma experiência gratificante, que reforça positivamente o seu papel maternal.

As sucessivas modificações no comportamento da criança em relação à alimentação e que são consequência das diferentes fases do desenvolvimento psíquico, podem constituir momentos

cruciais para o aparecimento das dificuldades alimentares, se os pais não estiverem alertados para essas modificações. A ansiedade e a frustração dos pais e, sobretudo da mãe, causada pela recusa alimentar da criança, e a associação que estabelecem entre a recusa alimentar dos filhos e os seus sentimentos de insuficiência maternal, provocam uma baixa da auto-estima e levam a que tenham atitudes que agravam as dificuldades da criança. Estas atitudes podem ir desde manifestações de zanga e de insistência, por vezes com recurso a manipulações agressivas, até comportamentos de evitamento e vão ajudar a criar ciclos viciosos de interacções insatisfatórias e/ou mutuamente hostis, que ultrapassam a situação alimentar e põem em risco, de forma mais que transitória, as qualidades da própria relação mãe-criança.

Tal como salienta T. Brazelton (1994), é nestas situações que os pediatras têm um papel fundamental na prevenção do aparecimento das falhas interactivas que perpetuam as dificuldades nas áreas do sono, da alimentação, do controlo dos esfíncteres, etc.. No que respeita à alimentação, Brazelton considera que durante o primeiro ano de vida existem 3 oportunidades (entre as 2 e 3 semanas, aos 4 meses e entre os 7 e 8 meses) de evitar o aparecimento das dificuldades alimentares.

O facto dos períodos em que o bebé vai alterar o seu comportamento alimentar serem previsíveis, permite ao pediatra programar as consultas de saúde em função destes «pontos sensíveis» (*touchpoints*) e informar os pais das modificações que vão ocorrer nas semanas ou meses seguintes, ajudando-os na forma de lidar com elas. Não bastará então ao pediatra limitar-se ao estabelecimento do regime alimentar e aos horários adequados à idade, mas interessa também estar atento às dificuldades que poderão vir a surgir, à forma adequada como os novos alimentos são introduzidos, a que as posturas adoptadas pelas mães sejam confortáveis e de acordo com a idade da criança, para que um clima de intimidade e de afecto positivo se estabeleça entre a mãe e a criança. (Pego, Duarte, & Rodrigues, 1990).

Nestas condições, a maior parte dos lactentes desenvolve comportamentos alimentares normais, sendo a situação de alimentação um momento particularmente gratificante para as mães e rico do ponto de vista das trocas afectivas com

o bebé e uma oportunidade de fortalecer o vínculo mãe-criança.

3. PERTURBAÇÃO ALIMENTAR DA PRIMEIRA INFÂNCIA

A dificuldade em delimitar o problema na primeira infância é evidente na forma como a DC 0-3 (1994), uma classificação específica para esta idade, recorre a critérios de exclusão para definir a perturbação: «o diagnóstico de perturbação alimentar deve ser considerado quando o bebé mostra dificuldade em estabelecer modelos de ingestão adequada ou de alimentos apropriados, não sendo a alimentação regulada de acordo com as necessidades fisiológicas de fome ou saciedade, na ausência de perturbações regulatórias, de precipitantes relacionais ou traumáticos».

No entanto, em nossa opinião, não só a dependência dos factores do meio, mas também a frequência e a associação de certas características clínicas torna possível definir mais especificamente um quadro clínico da primeira infância, cujo diagnóstico diferencial é de utilidade para os clínicos que lidam com estas situações.

Consideramos que a definição de Minde e Minde (1986) para este grupo de situações é aquela que melhor delimita o conceito e a que melhor corresponde à nossa experiência clínica.

Este autor estabelece os seguintes critérios para as perturbações alimentares específicas da infância precoce, a que ele chama evolutivas:

- (a) recusa activa ou passiva do alimento, acompanhada de um ou mais dos seguintes sintomas: recusa crónica de chupar, engolir ou abrir a boca; recusa ou atraso em alimentar-se sozinho, birras às refeições; regurgitações ou vómitos nos 30 minutos que se seguem à refeição;
- (b) hábitos bizarros, indicados por, pelo menos dois dos seguintes sintomas: lentidão extrema em mastigar ou engolir; selectividade extrema; persistência na ingestão de alimentos passados;
- (c) duração de pelo menos 3 meses;
- (d) início antes dos 36 meses;
- (e) não devida a causas orgânicas, de natureza mecânica, neurológica ou alérgica.

3.1. *Epidemiologia*

Existem poucos dados estatísticos sobre a incidência destas perturbações na população geral. Por um lado, os estudos publicados referem-se a amostras relativamente pequenas e por outro lado, os critérios diagnósticos usados pelos autores são variáveis, o que torna a comparação entre os diferentes estudos difícil.

Um estudo epidemiológico conduzido por Dahl e col. (1986) na população geral mostrou que a prevalência da perturbação foi de 1,4%. Neste estudo, um grupo de crianças (n=2472), com idades compreendidas entre os 3 e os 12 meses, utentes das consultas dos centros de saúde infantil, foi avaliado sob o ponto de vista alimentar. O diagnóstico de perturbação alimentar foi considerado sempre que a criança apresentasse dificuldades alimentares (recusa alimentar, vómitos e ou cólicas), valorizadas simultaneamente pelos pais e enfermeiras, com a duração mínima de 1 mês e não tendo melhorado com a intervenção proposta pelo centro de saúde. Verificou-se que em 2,02% (n=50) das crianças havia uma perturbação alimentar e que o sintoma mais frequente era a recusa alimentar. Em 68% das 28 crianças que apresentavam recusa alimentar, o sintoma iniciou-se entre os 2 e os 6 meses. O grupo de crianças com recusa alimentar foi acompanhado durante 2 anos e 19 mantiveram o sintoma durante todo o período de seguimento. No grupo de controlo, de crianças sem a perturbação, 55% das crianças apresentavam sintomas alimentares, mas episodicamente e por períodos curtos (menos de 1 mês).

Pode, portanto, concluir-se que existe uma percentagem significativa de perturbações alimentares que, pela sua duração e repercussões na criança e nos pais necessitam intervenções terapêuticas específicas.

3.2. *Manifestações clínicas*

3.2.1. Criança

O início da dificuldade situa-se em geral precocemente, antes dos três meses de idade, e caracteriza-se predominantemente pela recusa alimentar, o que é confirmado pelo estudo de Dahl

já referido, que se associa ou não a outros sintomas alimentares. Por essa razão passaremos a usar o termo anorexia para nos referirmos a estas perturbações.

As mães referem que os bebés sempre comeram mal, quer virando a cabeça à aproximação do mamilo ou da tetina e afastando a boca, quer mamando com muita lentidão, adormecendo durante as mamadas, ou regurgitando o leite com frequência. Elas próprias referem que sentem muita dificuldade em se adaptar aos ritmos do bebé ou em acalmá-los.

É, no entanto, a partir do desmame que a dificuldade se agrava e os pais consultam, o que leva os autores franceses, como Kreisler (1985), a situar o início da perturbação a partir dos 6 meses. Nessa altura, há uma intensificação dos comportamentos de recusa alimentar: a criança vira insistentemente a cara, impede a entrada da colher ou do biberon na boca, recusa engulir, deita fora o leite ou cospe a papa, seguindo-se habitualmente a alimentação forçada por parte da mãe, com introdução de técnicas de alimentação que, nalguns casos, constituem verdadeiros maus tratos alimentares.

As mães vêm à consulta enviadas pelo pediatra ou médico de família, frequentemente apenas quando se verifica uma paragem na progressão da curva do peso, para a qual não se conhecem causas orgânicas.

Descrevem os filhos ou como bebés irritáveis, difíceis de acalmar, hiper-reactivos, que sempre tiveram «aversão» a comer ou como bebés muito calmos, que nunca mostram sinais de fome, lentos e ingerindo pouca quantidade de alimentos.

São, em geral, crianças descritas como vivas, interessadas no ambiente, com um contacto social adaptado, apesar de apresentarem por vezes reacções de inibição e estranheza em ambientes novos. O humor é variável. São referidas como crianças alegres e bem dispostas, nalguns casos, ou, como crianças tristonhas, rabugentas e insatisfeitas, coladas às mães, as quais se mostram frequentemente zangadas e indisponíveis.

O desenvolvimento psicomotor e cognitivo é normal, mas nalguns casos verificam-se atrasos da linguagem.

Para certos autores, as dificuldades alimentares aparecem frequentemente em crianças com

temperamentos difíceis e com tendência para terem dificuldades regulatórias (Skuse, 1994).

Debray (1993) descreve um grupo de lactentes com anorexias graves, caracterizado por um desenvolvimento psico-motor precoce. Estes bebés teriam tendência a privilegiar a motricidade, nas suas respostas às manipulações passivas das mães e a reagir ao «que vivem como indisponibilidade da mãe ou do meio» com uma atitude activa, que desencadeia as respostas motoras e estimula a motricidade.

3.2.2. Características da mãe e da relação mãe-criança

A importância das atitudes maternas na alimentação do bebé foi desde sempre considerada crucial, quer pelos primeiros psicanalistas que estudaram o problema (A. Freud, 1946), quer por pediatras, e encarada como fonte de dificuldades alimentares, quando se revelavam inadequadas.

Apesar da importância da relação mãe-criança na anorexia do lactente, mais uma vez, os estudos publicados são pouco sistemáticos.

Num estudo que realizámos em 12 crianças com anorexia os nossos resultados são concordes com os de outros autores, como Chatoor (1988) e Kreisler (1985) entre outros.

Assim encontramos de forma consistente uma falta de sensibilidade das mães para ler os sinais do bebé, ignorando-os com frequência ou interpretando-os desadequadamente, o que aparecia associado tendencialmente à evocação pela mãe: 1) de desinteresse e falta de disponibilidade para a maternidade durante a gravidez, quer por motivos profissionais, quer por doenças de familiares próximos ou conflitos e, 2) de ausência de expectativas positivas para o futuro bebé. Dahl (1986) encontrou níveis elevados de ansiedade materna durante a gravidez destas crianças.

Na nossa amostra, 50% (6) das mães tinham tido no passado ou mantinham dificuldades alimentares, mostrando muitas delas um manifesto desinteresse pela comida, (Cordeiro & Caldeira, 1996) o que coincide com a experiência de outros autores (Dahl e col., 1986; Chatoor e col., 1988).

O papel dos modelos relacionais infantis, dos conflitos do passado, dos lutos patológicos, revividos e repetidos com os filhos, têm um papel determinante, no desencadear deste tipo de per-

turbação (Fraiberg e col., 1980; Sanchez-Cardenas e col., 1994).

De facto, a observação da situação alimentar mostrou-nos sistematicamente a ausência de um clima de intimidade entre a mãe e a criança. A posição do bebé era, em geral, desconfortável, em tensão, e estava pouco aconchegado ao corpo da mãe, que se mantinha numa postura rígida e tensa. Algumas vezes o bebé tocava o corpo da mãe, agarrando a blusa, mas fixava pouco o seu rosto, olhando preferencialmente para fora. Em geral, a mãe estava pouco atenta aos sinais da criança, distraída com interferências do exterior, o que levava a uma de duas situações: ou o bebé se engasgava com frequência porque a mãe não mantinha a regularidade do fluxo do leite, ou a mãe interrompia frequente e desadequadamente a introdução do leite, deixando o bebé a chupar no vazio. Muito rapidamente, a criança começava a dar sinais de desconforto, que invariavelmente terminavam num choro inconsolável, apesar das manobras da mãe para o acalmar, e tornava-se impossível prosseguir a alimentação.

A observação das interações durante uma situação livre de jogo mostrou que as mães ignoravam as raras solicitações da criança, estimulando-os a resolver os problemas sózinhos, muitas vezes para além do que era razoável para a idade deles e mostrando pouco envolvimento e interesse pelas suas actividades. As crianças procuravam pouco as mães e a reciprocidade do olhar, as verbalizações e o prazer mútuos eram escassos. Nalguns casos, por nós observados, o evitamento do olhar era uma constante (Cordeiro, Rodrigues, & Caldeira, 1993).

3.2.3. Pai

O papel do pai, apesar de pouco estudado, é da maior relevância para a evolução destas situações. Nos casos em que o pai desempenha um papel separador na relação mãe-criança e se constitui como um auxiliar da mãe, fora da esfera de conflito, torna-se um elemento valioso na solução do sintoma, bem como um elemento determinante no estabelecimento da aliança terapêutica. Nos casos em que o pai se assume como o «bom» substituto materno por oposição à «má» mãe, acusando-a da sua incompetência, devolvendo-lhe em permanência uma imagem negativa de si própria e abandonando-a à sua angústia,

a situação agrava-se e torna-se muito difícil tirar a mãe do ciclo vicioso da culpabilidade e da frustração/zanga, da qual o sintoma da criança é a prova viva. Noutros casos ainda, a relação funcional do casal leva a que o pai reforce os comportamentos desajustados da mãe e assim se constitua uma barreira que vai dificultar muito a mobilização do sintoma.

3.2.4. Formas clínicas

Podemos classificar a perturbação alimentar da primeira infância segundo a fase evolutiva (Chatoor, 1985) ou segundo a sua etiologia.

Chatoor e col. considera três tipos de recusa alimentar de acordo com as fases de desenvolvimento:

- 1) Perturbação da homeostase – a recusa alimentar inicia-se entre os 0 e os 2 meses de idade e acompanha-se de falhas na reciprocidade mãe-criança.
- 2) perturbação da vinculação – a recusa alimentar inicia-se entre os 2 e os 6 meses de idade e acompanha-se de falhas na reciprocidade mãe-criança e de ausência de contingência nas respostas maternas.
- 3) Perturbação da fase de separação-individação – a recusa alimentar inicia-se entre os 6 e os 36 meses e acompanha-se de conflitos diádicos, afectos mútuos negativos, luta pelo controlo da situação, para além das características que já apareciam nas fases anteriores. Este quadro clínico quando acompanhada de não progressão ponderal é designada por esta autora de *anorexia nervosa infantil*.

Do ponto de vista etiológico, podemos considerar 2 tipos clínicos. O primeiro que corresponde ao quadro clínico que acabámos de descrever, tem por base etiológica o *conflito* mãe-criança e o segundo, que tem por base etiológica a *carência* e o «vazio relacional» (Robin e col., 1995). Os autores franceses chamam à primeira forma clínica «*anorexia de oposição*», em contraste com a segunda, chamada «*anorexia de inércia*» (Kreisler, 1985).

Neste segundo tipo de dificuldades alimentares, a anorexia caracteriza-se por uma recusa passiva da alimentação. O bebé não pega no peito ou na tetina e, quando forçado, não se opõe

activamente, mas resiste passivamente. Mantém a boca aberta, mas não deglute e regurgita os alimentos de imediato, tudo isto acompanhado de um choro lamuriento.

Nas crianças, o que é mais evidente é a apatia, a atonia, o desinteresse pelo exterior, o evitamento do olhar e os sinais de retirada, num contexto em que as trocas relacionais (a mímica, o sorriso, as vocalizações) são pobres.

Esta forma de anorexia inscrever-se-ia num «continuum» patológico que vai da depressão materna até às situações de negligência e maus tratos (Evans, citado por Robin, 1995). As crianças podem apresentar desde um simples atraso na progressão ponderal até situações graves de desnutrição. Por nos parecer que as anorexias ditas de inércia, que acabámos de descrever, e as desnutrições graves se situam no mesmo espectro patológico, abordaremos estas duas situações em conjunto. Para designar o quadro de não progressão estado-ponderal não-orgânica, passaremos a usar o termo «FTT».

4. «FTT»

Não existe uma definição única de «FTT», mas geralmente este diagnóstico é evocado quando existe um peso abaixo do percentil 5 e ou uma diminuição de pelo menos 2 percentis nas curvas de peso, desde o nascimento até ao momento presente. Embora frequentemente esteja associada a uma perturbação alimentar, nem sempre esta associação se verifica.

Este síndrome constitui um quadro clínico grave e relativamente frequente na primeira infância. Os trabalhos de Berwick e de Hannaway, citados por Benoît (1993), mostram que as crianças com «FTT» representam 1-5% de todas as admissões hospitalares pediátricas nesta faixa etária, enquanto as estatísticas referentes aos casos de «FTT», seguidos ambulatoriamente, apresentam variações maiores, que vão desde 3,5% até 14%, conforme os estudos.

Uma percentagem de 15 a 35% dos casos de «FTT» têm uma etiologia em que os factores orgânicos se associam a factores psico-sociais, pelo que a distinção entre «FTT» de causa orgânica e não-orgânica não tem utilidade clínica (Benoît, 1993).

Embora os factores etiológicos considerados sejam múltiplos, vários trabalhos têm permitido ressaltar algumas características comuns, ao nível da psicopatologia da criança e da mãe, da interacção e dos padrões relacionais familiares, o que, a par da gravidade médica das situações fazem, do nosso ponto de vista, da «FTT» uma entidade clínica que deve ser destacada.

4.1. *Manifestações clínicas*

4.1.1. Criança

Do ponto de vista físico, as crianças apresentam-se asténicas com um aspecto emagrecido, um facies pálido e têm uma grande vulnerabilidade às infecções.

A perturbação da vida relacional destes bebés está sempre presente. Frequentemente têm um olhar triste e vazio, são apáticas ou irritáveis, estão retiradas, recusando o contacto social, preferindo muitas vezes as actividades de auto-estimulação ou a interacção com os objectos.

Este estado de desistência afectiva colocaria, segundo Benoît (1993), estas crianças num risco maior de desenvolver desnutrições graves quando comparadas com outras crianças vivendo no mesmo estado de carência calórica. Indicaria, igualmente que todos os meios de luta psicológica foram esgotados (Guédéney, 1995), sendo o recurso à somatização a única via de descarga de tensão.

Os padrões de vinculação avaliados pela «Strange- Situation» de Ainsworth mostram que 90% das crianças com «FTT» têm um padrão de vinculação insegura, comparados com 50% de um grupo controlo. Além disso, dentro do grupo das crianças com «FTT», 45% pertencem ao sub-tipo desorganizado, característico das crianças maltratadas, o que apontaria para a associação destes 2 tipos de patologia.

4.1.2. Mãe

As mães destas crianças têm sido descritas como deprimidas e pouco estimulantes. Polan e col. em 1991, encontraram mais frequentemente doenças afectivas e da personalidade nestas mães

do que nas mães dum grupo de controlo, estando estes dois tipos de patologia muitas vezes associados. Mesmo quando comparadas com mães maltratantes, estas mães apresentam mais graves perturbações mentais e emocionais (Crittenden, 1987). Na nossa experiência, verificámos uma hostilidade mais aberta e um menor envolvimento com os filhos.

Na sua história infantil encontram-se mais discontinuidades nas relações primárias e mais crises familiares do que nas mães de filhos com crescimento estato-ponderal normal, de acordo com Benoît, Barton e Zeanah (1989). Estes mesmos autores aplicaram a entrevista de vinculação para adultos (IAA), de Main e col., às mães de crianças com «FTT» e encontraram uma preponderância da vinculação de tipo «preoccupied», em comparação com as mães do grupo controlo, o que significa que estas mães não só são inseguras, como são passivas, confusas ou zangadas em relação às relações de vinculação do passado. Concluem que isto corresponde não só a dificuldades interactivas, mas também a interpretações aberrantes da experiência subjectiva dos filhos.

4.2. *Relações familiares*

As relações familiares, neste quadro clínico, estão também sempre perturbadas (Crittenden, 1987), caracterizando-se por relações interpessoais degradadas e violentas. Drotar e Sturm (1987) chamaram a atenção para a importância do papel do pai na «FTT». Estes autores descrevem um leque variado de influências negativas do pai sobre o estado emocional das mães, contribuindo para os esquemas de má adaptação e conflito entre a mãe e a criança. A conflitualidade conjugal, por vezes levando à violência doméstica, é, em nossa opinião, um factor frequentemente presente nestas situações.

A falta de suporte familiar e as características destas mães e destas crianças contribuem para uma interacção particular. A falta de contingência e de reciprocidade nos comportamentos maternos, a falta de resposta e a agressividade expressa nas vocalizações veiculam um afecto negativo, evidente nas situações alimentares e fora delas (Chatoor, 1989).

4.3. *Factores etiológicos*

As características da criança, da mãe, das relações familiares e da interação mãe-criança, do mesmo modo que a situação socio-familiar e os factores orgânicos têm sido apontados como contribuindo para o aparecimento da «FTT».

Os trabalhos sobre Kwashiorkor realizados por Collomb e Valantin (1980) em Dakar e os de Célia (1992) no Brasil em crianças com desnutrições graves trouxeram importantes contribuições para a compreensão das relações entre os factores psico-sociais acima apontados e o insuficiente aporte calórico, frequentemente precipitante da «FTT».

Collomb aponta alguns resultados contraditórios com a clássica etiologia orgânica do Kwashiorkor: esta situação aparece mais frequentemente nos aglomerados urbanos e mais raramente na zona rural enquanto que a falta de aporte protídico é mais frequente em meio rural. Aparece mais frequentemente nos bairros urbanos de implantação recente, mesmo quando nestes existem melhores condições económicas, do que nos bairros mais antigos com forte integração social. Os critérios socio-económicos habituais não explicam a distribuição da doença.

O Kwashiorkor aparece antes como o resultado duma rotura afectiva, geralmente na altura do nascimento do 2.º filho, em condições de isolamento cultural e falta de apoio, que tornam a relação mãe-filho particularmente difícil.

Num trabalho orientado por Salvador Célia (1992) na cidade de Porto Alegre no Sul do Brasil, um grupo de crianças desnutridas foi comparado com um grupo de crianças com desenvolvimento normal, provenientes do mesmo bairro carenciado, onde anteriormente programas de distribuição de alimentos e subsídios, por si só, não tinham sido eficazes para prevenir o aparecimento do «FTT».

Quando comparados com os do grupo de controlo, verificou-se que as mães dos bebés desnutridos eram predominantemente provenientes de outras cidades, tinham mais frequentemente sofrido maus tratos na sua infância e tinham também graus mais intensos de depressão e sentimentos de carências muito profundos.

A interação destas díadas caracterizava-se pela falta de reciprocidade, evidenciando o aspecto

depressivo das mães e a apatia dos bebés desnutridos.

Todos os trabalhos citados sobre a desnutrição grave, o Kwashiorkor e a «FTT», ressaltam a importância das perturbações do meio (factores sociais, familiares e da relação mãe-criança) que provocam o esgotamento da defesa física e psíquica da criança. Nestas situações as intervenções terapêuticas, para serem eficazes, têm sempre de incidir nos vários factores em presença

5. AVALIAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES ALIMENTARES

As perturbações alimentares da primeira infância são situações clínicas, em que diferentes factores se influenciam e potenciam mutuamente e em que a fronteira entre o somático e o psicológico é difícil de estabelecer. Uma avaliação correcta dos factores etiológicos que contribuíram para o desencadear da perturbação, bem como para a sua manutenção é da maior importância na definição de um programa terapêutico adequado e de um prognóstico. A multi-factoriedade deste tipo de perturbações exige uma colaboração multi-disciplinar, nomeadamente entre as equipas pediátricas e as equipas médico-psicológicas, a qual deve ser iniciada desde o início do processo diagnóstico, sobretudo nos casos graves, como é o caso das «FTT». Os dois processos devem correr paralelamente e a prática corrente de só enviar ao pedo-psiquiatra depois de excluir a origem orgânica da doença introduz atrasos desnecessários na intervenção terapêutica, com resultados por vezes funestos.

Podemos citar dois exemplos de crianças hospitalizadas por «FTT», com desnutrição grave, que obrigou em ambos os casos à introdução de uma sonda naso-gástrica, sem que se verificasse melhoria no estado nutricional das crianças.

No primeiro caso, de um rapaz de 18 meses cuja observação foi pedida pelo pediatra durante o internamento, enquanto se procedia aos exames médicos diagnósticos, foi possível pôr em evidência aspectos da interação mãe-criança que influenciavam muito negativamente a situação. Por um lado, verificou-se um estado de permanente irritação do bebé, reforçado pela agitação motora da mãe quando lhe pegava e pela sua verborreia e por outro, um intenso evitamento do

olhar por parte da criança, que funcionava como uma barreira na interação social, sobretudo durante a situação alimentar. A partir desta constatação foi decidido estabelecer um novo modelo relacional, com uma redução significativa da intensidade da estimulação sensorial, táctil, cenes-tésica, vestibular e auditiva em que o objectivo principal do terapeuta foi, num contexto calman-te e securisante, captar o olhar da criança, em situação de face a face mantido, despertando-lhe a atenção para o seu rosto. Foi durante estes momentos, que se tornou possível introduzir a ali-mentação oral e se verificou a retomada da curva ponderal. Neste contexto, os exames médicos prosseguiram num clima de maior tranquilidade, quer para a equipa médica, quer para a mãe, que se tornou muito mais adequada, uma vez reduzi-da a sua ansiedade. Esta criança sofria de uma doença celíaca e o seu estado evoluiu muito fa-voravelmente. (Cordeiro, Rodrigues, & Caldeira, 1990).

No segundo caso, tratava-se de um recém-nas-cido de 3 semanas, hospitalizado por uma recusa alimentar grave e perda de peso. Apesar dos pri-meiros exames médicos realizados serem nega-tivos, o pediatra responsável adiou a abordagem psicológica, até estarem excluídas todas as hi-póteses de doença orgânica, acabando por enviar a criança para um centro no estrangeiro, donde voltou sem qualquer diagnóstico. O bebé faleceu pouco depois do seu regresso, em caquexia, sem que a nossa intervenção pudesse ter sido tentada. Sabemos que estão descritos casos de bebés que morreram em consequências de anorexias gra-ves, apesar da intervenção pedo-psiquiátrica (Bensoussan, 1986; Porte, & Porte, 1982) e não podemos afirmar que a nossa intervenção tivesse sido eficaz mas seguramente teria introduzido novas perspectivas de compreensão da perturba-ção e de abordagem terapêutica.

A avaliação e o estudo diagnóstico das pertur-bações alimentares deve seguir o procedimento habitual do diagnóstico praticado em saúde men-tal da primeira infância, tendo em linha de conta a sua natureza multi-factorial e pluri-disciplinar, como já referimos.

Neste capítulo abordaremos apenas os as-pectos considerados mais significativos para a avaliação deste tipo de perturbação e considera-remos os seguintes eixos:

- 1) Condições físicas e estado de nutrição – O uso das curvas de crescimento, de peso e altura são em geral considerados bons indicadores do estado de nutrição da crian-ça, que, em certas condições, nos podem alertar para a necessidade de se fazerem estudos metabólicos ou outras investiga-ções médicas mais aprofundadas.
- 2) Regime alimentar – a avaliação da adequa-ção da ingestão alimentar, quer em termos calóricos quer em termos do tipo de ali-mentos administrados (variedade, consis-tência) permite, identificar os erros ali-mentares e corrigi-los, através do ensino e sensibilização das mães. Também, as roti-nas alimentares não estabelecidas, os horá-rios irregulares, certas formas de adminis-tração dos alimentos, totalmente desade-quadas em relação à idade da criança, adoptadas em certas famílias devem ser in-vestigados e corrigidos. Correspondem muitas vezes à própria posição ambivalente dos pais face à alimentação, profundamente ancorada na sua problemática infantil, nem sempre susceptível de modificações rápi-das. Um método de fácil utilização e que permite avaliar com alguma objectividade estes aspectos é o pedido às mães que registem, sob a forma de diário, o número de vezes que as crianças comem, o horário e o tipo e quantidade de alimentos que in-gerem.
- 3) História clínica – no conjunto da história clínica da criança convém salientar as in-formações sobre a história alimentar, as preferências em relação à alimentação (sa-bores texturas, temperaturas); a idade de início do sintoma, as suas características e evolução, situações desencadeantes e sin-tomas associados; as atitudes dos pais em relação à dificuldade, e as medidas já toma-das.
- 4) Características da criança – estes elementos são de observação clínica, mas também poderão ser colhidos junto dos pais e dizem respeito à: reactividade aos estímulos, grau de actividade e vigilância, actividade mo-tora, temperamento, humor e riqueza da ex-pressão afectiva, socialização, interesse no ambiente.

5) Características parentais

Mãe e relação mãe-criança – deve ser realizada uma entrevista semi-dirigida, em que elementos da história pessoal da mãe, que reconhecidamente influenciam negativamente a relação mãe-criança, como a existência de problemas alimentares na infância ou na adolescência, conflitos com a própria família, isolamento social, insatisfação pessoal ou profissional, problemas na gravidez que tenham interferido na sua disponibilidade para centrar a sua atenção no seu futuro papel maternal e no futuro bebé, deverão ser investigados. Também, acontecimentos relevantes na vida da família (doenças, lutos, separações, mudanças, conflitos) com repercussão na vida da criança e no envolvimento dos pais em relação à criança, devem ser devidamente valorizados, em função das características comportamentais e da tonalidade afectiva da interacção e do discurso livre da mãe.

Assim, na relação com a criança, a mãe pode mostrar-se pouco disponível afectivamente, com dificuldade em ler os sinais da criança, com pouca capacidade para se adaptar aos ritmos e necessidades do bebé. As respostas ansiosas ou hostis são frequentes. Será então possível avaliar qual o papel da criança e do sintoma na vida mental da mãe e em que medida a relação com o filho está infiltrada por conflitos e modos relacionais do passado (Stern, 1991) o que é da maior relevância para o tratamento (Cramer, & Palácio-Espada, 1993).

Pai – tal como em relação à mãe, elementos da história do pai e o seu discurso livre são importantes para avaliar, a sua disponibilidade afectiva como pai e a sua função na díade mãe-criança, como já referimos anteriormente.

- 6) Observação da situação alimentar – a observação clínica da situação alimentar, durante a consulta e, quando possível em casa da família, revela-se por vezes surpreendente. As interacções mãe-criança durante a alimentação, as reacções do bebé à ingestão de alimentos, a forma como a mãe procede para o alimentar, o meio envolvente, são dados de observação indispensáveis para a compreensão do problema. Não só,

nem sempre as descrições dos pais permitem perceber estes comportamentos, como eles são omitidos, porque a própria aberração dos comportamentos não é sentida como tal, pelos pais.

O recurso ao uso de escalas, como instrumentos de avaliação tem sido descrito por alguns autores.

Benoît (1996) desenvolveu uma check-list com 30 itens que permite identificar os comportamentos alimentares desviantes dos lactentes e que se revelou ser um instrumento útil na avaliação dos resultados dos tratamentos.

Chatoor (1996) por seu lado, desenvolveu uma escala que quantifica os comportamentos da mãe e da criança durante a situação alimentar e cuja cotação permite diferenciar os vários tipos de recusa alimentar, de acordo com a sua própria classificação. Numa segunda escala, chamada de defesa alimentar, que inclui 17 itens numa escala Likert, também de acordo com a cotação obtida, é possível distinguir as recusas alimentares por medo de comer e de engolir e aquelas que resultam do conflito mãe-criança (Chatoor, 1996).

- 7) Impressão subjectiva do avaliador – A impressão subjectiva que os pais e a criança despertam no(s) observador(es) dá importantes indicações sobre o grau de empatia e de sintonia afectiva que se estabelece, não só entre os pais e a criança, mas também com o próprio observador. Este é parte integrante da situação e, como tal também é, ele próprio, observado pelos pais e pela criança, desencadeando nestes movimentos afectivos que muito contribuem para o que se passa no gabinete de consulta. A escolha terapêutica vai depender em grande parte da impressão do observador, quer no que diz respeito à modalidade quer no que diz respeito aos elementos da família mais mobilizáveis terapeuticamente, não se podendo portanto menosprezar este elemento clínico.

6. CONCLUSÃO

O estudo e a avaliação das perturbações ali-

mentares precoces implicam a existência de uma equipa pluri-disciplinar, com um funcionamento articulado e que disponha de uma base comum de conhecimentos teóricos e básicos. Na fase diagnóstica, que pode envolver vários profissionais, a discussão multi-disciplinar permite não só uma compreensão mais rica e aprofundada dos casos, como uma redução dos efeitos das contra-actitudes dos técnicos na avaliação e na decisão terapêutica.

Os conhecimentos básicos comuns a toda a equipa permitem ainda a aceitação e aplicação de princípios terapêuticos, com a necessidade de estabelecimento de uma aliança terapêutica, que possa validar a intervenção e o reconhecimento de movimentos transferenciais e contra-transferenciais que regulam a evolução dos casos.

É também a intervenção multi-disciplinar e a discussão na equipa que nos leva a escolher a terapia e o terapeuta mais adequados aos casos. Pode-se então ter em linha de conta, não só a disponibilidade dos pais, mas também o grau de empatia que o caso desperta no terapeuta, mesmo que cada profissional mantenha as suas áreas específicas de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benoît, D. (1993). Failure to thrive and feeding disorders. In G. H. Zeanah Jr. (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 317-331). New York: Guilford Press.
- Benoît, D. (1996). *Diagnostic assessment of feeding disorders*. Workshop do 6.º Congresso da Associação Mundial de Saúde Mental da Primeira Infância, Tampere.
- Benoît, D., Zeanah, C. H., & Barton, M. L. (1989). Maternal attachment disturbances in failure to thrive. *Infant Mental Health Journal*, 10, 185-202.
- Bensoussan, P. (1986). Bouches à mourir. Propos sur quelques observations d'anoréxie létales du nourrisson. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 34, 173-187.
- Bowlby, J. (1978). *Attachment and Loss*, vol I: Attachment (pp. 330-332). London: Penguin Books.
- Brazzelton, T. B. (1994). Touchpoints: opportunities for preventing problems in the parent-child relationship. *Acta Paediatrica, Suppl*, 35-39.
- Celia, S. (1992). *Malnutricion y desarrollo infantil*. Sessão plenária do 5.º Congresso Mundial da Associação Mundial de Saúde Mental da Primeira Infância, Chicago.
- Chatoor, I. (1989). Infantile anorexia nervosa: A developmental disorder of separation and individuation. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 17, 43-64.
- Chatoor, I. (1996). *Diagnostic assessment of feeding disorders*. Workshop do 6.º Congresso da Associação Mundial de Saúde Mental da Primeira Infância, Tampere.
- Chatoor, I., Dickson, L., Schaefer S., & Egan, J. (1985). A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: diagnosis and treatment. In D. Drotar (Ed.), *New directions in failure to thrive: Implications for research and practice* (pp. 235-258). New York: Plenum Press.
- Chatoor, I., Egan, J., Getson, P., Menvielle, E., & O'Donnell, R. (1988). Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 535-540.
- Collomb, H., Valantin, S. (1980). Le Kwashiorkor, anoréxie mentale de l'enfance. In E. J. Anthony, C. Chiland, & C. Konpernik (Ed.), *L'enfant à haut risque psychiatrique* (pp. 339-346). Paris: PUF.
- Cordeiro-Gonçalves, M. J., Rodrigues, E., & Caldeira da Silva, P. (1990). Interaction et psychopathologie précoce. Anoréxie du nourrisson. *Annales Médico-Psychologiques*, 148, 824-829.
- Cordeiro-Gonçalves, M. J., Rodrigues, E., & Caldeira da Silva, P. (1993). L'anoréxie du nourrisson. Une étude clinique. *Devenir*, 5, 35-50.
- Cordeiro, M., & Caldeira da Silva, P. (1996). *Eating disorders: clinical issues for diagnosis, Diagnostic classification in infancy: Research and clinical approaches*. Simpósio do 6.º Congresso da Associação Mundial de Saúde Mental da Primeira Infância, Tampere.
- Cramer, B., & Palacios, E. F. (1993). *La pratique des psychoterapies mère-bébé*. Paris: PUF.
- Crittenden, P. M. (1987). Non-organic failure-to-thrive: deprivation or distortion?. *Infant Mental Health Journal*, 8, 51-64.
- Dahl, M., & Sundelin, C. (1986). Early feeding problems in an affluent society: I. Categories and clinical signs. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 75, 370-379.
- Debray, R. (1993). Anoréxie du nourrisson. Diversité des formes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 4, 300-302.
- Diagnostic Classification of Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood (1994). *Diagnostic Classification 0-3*. Washington, DC: Zero to Three/National Center for Clinical Infant Programs.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4.ª ed.) (1995). *DSM-IV*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.

- Drotar, D., & Sturm, L. (1987). Paternal influences in non-organic failure-to-thrive: implications for psychosocial management. *Infant Mental Health Journal*, 37-50.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1980). Fantômes dans la chambre d'enfants. Une approche psychoanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson. *Psychiatrie de l'Enfant*, 36, 57-98.
- Freud, A. (1946). The psychoanalytic study of infantile feeding disturbances. *The Psychoanalytical Study of the Child*, 2, 119-132.
- Guédény, A. (1995). De l'actualité du mérycisme à l'actualité de la dépression précoce: une revue critique de la littérature et une hypothèse psychopathologique. *Psychiatrie de l'Enfant*, 38, 345-364.
- Kreisler, L. (1985). L'anoréxie mentale du nourrisson. In S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé (Eds.), *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Vol II: 723-732). Paris: PUF.
- Kreisler, L. (1989). L'expression somatique dans la psychopathologie du nourrisson. In S. Lebovici, & F. Weil-Halpern (Eds.), *Psychopathologie du bébé* (pp. 383-400). Paris: PUF.
- Minde, K., & Minde, R. (1986). *Infant Psychiatry. An Introductory Textbook*. London: Sage Publications.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pego, F., Duarte, L., & Rodrigues, E. (1989). Observações da interação mãe/bébé na situação alimentar e características individuais do desenvolvimento psicológico. *Análise Psicológica*, 7, 567-572.
- Polan, H. J., Kaplan, M. D., Kessler, D. B., Shindlecker, M. N., Stern, D. N., & Ward, H. J. (1991). Psychopathology in mothers of children with failure-to-thrive. *Infant Mental Health Journal*, 12, 55-64.
- Porte, M. (1989). Les conduites alimentaires déviantes du nourrisson. In S. Lebovici, & F. Weil-Halpern (Eds.), *Psychopathologie du bébé* (pp. 411-424). Paris: PUF.
- Porte, M., & Porte, J. M. (1982). L'anoréxie néonatale. À propos d'un cas. *Psychiatrie de l'Enfant*, 25, 261-294.
- Robin, D., & Sanchez Cardenas, H. (1995). Considérations diagnostiques sur les anoréxies du nourrisson. *Psychiatrie de l'Enfant*, 38, 365-401.
- Sanchez-Cardenas, M., Mammar, N., & Venisse, J. L. (1994). Anorexie de l'adolescent et du nourrisson: à propos de quelques points de rapprochement possibles. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 37 (1), 153-178.
- Skuise, D. (1994). Feeding and sleeping disorders. In M. Rutter, E. A. Taylor, & L. A. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (3^a ed), (pp. 467-489). London: Blackwell Scientific Publications.
- Stern, D. (1991). Maternal representations: a clinical and subjective phenomenological view. *Infant Mental Health Journal*, 12, 171-186.

RESUMO

Os autores apresentam um estudo das perturbações alimentares precoces, situação muito frequente na clínica da primeira infância. São descritos alguns factores, quer da mãe, quer da criança, que favorecem o desenvolvimento normal da função alimentar.

Neste trabalho é estudada a perturbação alimentar específica da primeira infância, normalmente chamada anorexia precoce. Na nossa experiência, nestas situações, a perturbação da relação mãe-criança está sempre presente, primária ou secundariamente. Duas formas clínicas, com diferentes bases psicopatológicas (o conflito e a carência) são descritas. O síndrome de não progressão estato-ponderal («FTT») é também considerado como uma consequência da carência grave dos cuidados primários.

É finalmente apresentado um modelo de avaliação clínica destas situações, usada na Unidade da Primeira Infância baseado em 7 parâmetros. O estudo e avaliação destas perturbações implica o funcionamento em equipa multi-disciplinar e articulado.

Palavras-chave: Perturbação alimentar, primeira infância, diagnóstico.

ABSTRACT

A study on feeding disorders is hereby presented by the authors. The disorders described are frequent features in infant mental health clinic. Factors, relating to both mother and child, which encourage feeding development are also described.

The specific infant feeding disorder studied in this paper is known as «early anorexia» and in the author's experience a disturbed mother-child relationship is always present, either as primary or secondary factor. Two clinical syndromes with different psychopathological basis (conflict and insufficiency) are described. The «failure-to-thrive («FTT») syndrome is also portrayed as a consequence of serious inadequacies in infant care.

A clinical evaluation model based on 7 parameters used in Unidade da Primeira Infância is presented.

Finally, the authors concluded that the study and the evaluation of these disorders require multi-disciplinary and structured team work.

Key words: Feeding disorder, infancy, diagnostic.