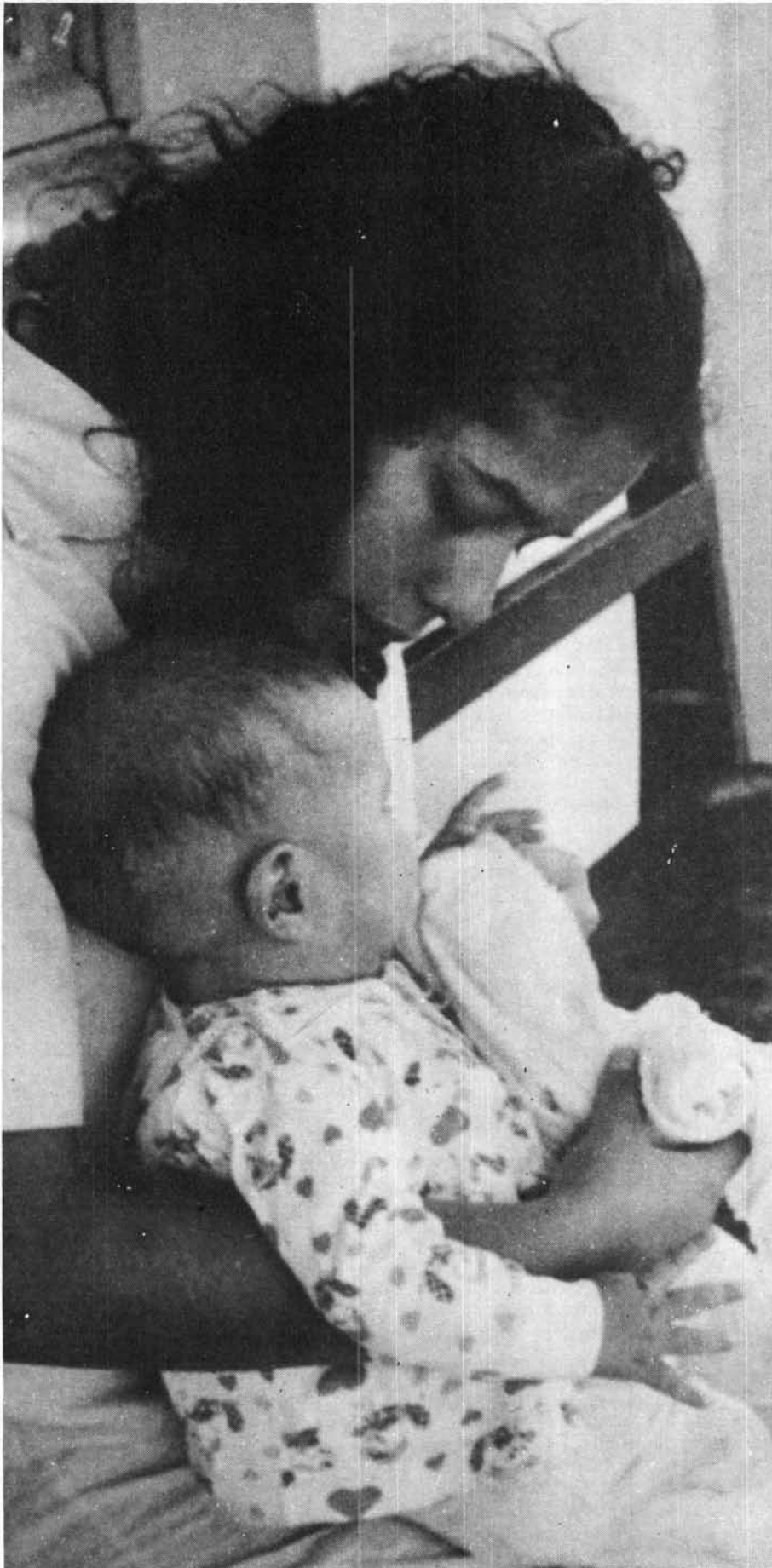


# TRATAMENTO DE VÔMITO PSICOGÊNICO EM UMA CRIANÇA

---

*O presente artigo descreve a utilização de técnicas operantes não aversivas no controle do comportamento de vomitar em uma criança de oito meses de idade, cuja frequência representava risco de vida e cujos dados médicos não esclareciam sobre causas orgânicas. O programa incluiu vários itens para manipulação de contingências ambientais consideradas como determinantes do problema. A eliminação do comportamento problema, a aquisição de um repertório mais amplo de outros comportamentos, a alta hospitalar e dados de seguimento indicaram a eficiência dos procedimentos. São discutidos também aspectos da intervenção baseada em técnicas não aversivas no contexto hospitalar.*

---



**Almir del Prette**  
**Zilda del Prette**

Professores do Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa — PB.

**O** comportamento de vomitar tem sido referido na literatura, principalmente como um comportamento reflexo, cujo controle deve ser identificado nos estímulos incondicionados (eméticos) e nos estímulos condicionados, de acordo com a história do sujeito (Wolf, 1974). Há evidências, no entanto, de que, especialmente quando os fatores biológicos são excluídos como determinantes, tal comportamento pode ser controlado pelas conseqüências que o seguem, caracterizando-se portanto como um operante. Em muitos casos o comportamento de vomitar torna-se persistente, podendo ocorrer com frequência altamente dramática, mesmo na ausência de patologia. Esses casos são referidos como vômito psicogênico (Erickson e Ogden, 1977 e Walen e colaboradores, 1977). As conseqüências para o organismo relacionam-se à diminuição das funções orgânicas, perda constante de peso, desnutrição e até morte.

Os tratamentos médicos para esse tipo de problema envolvem dietas, fármacos e cirurgias. Os procedimentos comportamentais no tratamento de vô-



mito psicogênico, em crianças de até aproximadamente dois anos, conforme revisão de literatura efetuada por Wahlen (1977), têm se restringido ao uso de controle aversivo, como por exemplo, suco de limão colocado na língua ou choque elétrico aplicado na perna da criança. A utilização desses procedimentos é justificada pela impossibilidade do uso de técnicas que seriam mais eficientes com jovens ou adultos (por exemplo, Prática Positiva, Dessensibilização, etc.) e também pela eficiência do controle aversivo na rápida redução do comportamento problema.

Apesar dos aspectos considerados acima, o presente trabalho descreve o tratamento de uma criança internada em um setor de pediatria de hospital, com quadro clínico grave e com alta frequência de comportamento de vomitar e ruminar, utilizando-se técnicas não aversivas.

## MÉTODOS

Foi sujeito uma criança de oito meses, do sexo feminino, com 3.600 g., internada no setor de pediatria do Hospital Universitário \* com desnutrição de terceiro grau e risco de vida em função do comportamento persistente de vomitar e ruminar. Embora o sujeito tivesse apresentado um diagnóstico de vários outros problemas orgânicos (brônco-pneumonia, desnutrição, anemia carencial e parasitose intestinal) o quadro de vômito e ruminação, segundo a equipe médica, não se justificava a partir dos vários exames efetuados. Estes comportamentos persistiram

*Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba, cuja colaboração da equipe médica e enfermagem se constituiu em gratificante trabalho de equipe multidisciplinar.*

*Participaram deste trabalho, as estagiárias de Psicologia, Maria Cristina Moura e Yvone Pereira de Barros, na supervisão do programa de atendimento.*

Foram efetuados registros cursivos, registros A-B-C e registros de frequência de comportamento em "situação natural" e em interações planejadas, para verificação do repertório de comportamentos do sujeito, e entrevistas com pessoal da enfermagem e com a mãe do sujeito.

Na história de desenvolvimento do sujeito foram encontrados dados de privação alimentar e privação de estimulação. O início dos vômitos ocorreu aos cinco meses, sendo a criança internada por volta dos sete meses. O repertório do sujeito consistia de balbucios, choro, sorriso diante de pessoas conhecidas, alta frequência de levar a mão à boca, de manipular mãos, pés e rosto, manipulação de brinquedos, apresentação de contato visual, tentativas de arrastar-se para pegar objetos, etc. As observações sobre o comportamento de vomitar permitiram identificar a cadeia de comportamentos incluídos no processo de regurgitação e reingestão de alimento: a) introdução do dedo polegar da mão esquerda na boca; b) sucção do mesmo em direção à garganta; c) movimentos do dedo à direita e à esquerda; d) contrações abdominais com retorno do alimento à boca e produção de um som característico de curta duração; e) reingestão do alimento em pequenas porções e reinício da cadeia. Eventualmente, a mão direita era utilizada para apoiar a mão esquerda em direção à garganta. O comportamento de vomitar também ocorria sem o uso das mãos, porém em baixa frequência.

Os registros A-B-C mostravam que a frequência do comportamento de vomitar era menor quando a alimentação era dada ao colo da enfermeira ou quando seguida de interação com a mesma. Verificou-se, também, que o vômito era mais frequente quando: a) a quantidade de alimento ingerida era menor; b) a alimentação se processava no berço; c) o contato com o adulto durante e após as refeições era escasso; d) uma alimentação se distanciava muito da anterior.

A linha de base consistiu de registro de frequência, durante três dias, do comportamento de vomitar, previamente definido, considerando-se a unidade de comportamento com base na emissão do som que caracterizava o retorno de uma porção do alimento à boca. Foi feita, também, uma avaliação da frequência média por horário, que indicou pico acentuado após a primeira refeição do dia. Os comportamentos de levar o dedo à boca sem vomitar e vomitar sem levar o dedo à boca também foram registrados.

O programa de intervenção consistiu de procedimentos de *time-out*, treino de omissão, reforçamento diferencial e extinção de comportamento, aplicados por duas enfermeiras treinadas em técnicas de observação e registro. Os itens mais significativos do programa incluíram:

a) prover a alimentação do sujeito colocando-o ao colo e "conversando" com ele durante e em seguida à alimentação.

b) preencher o intervalo entre as alimentações com atividades agradáveis, como passeios, cantos, brincadeiras, interações com outras crianças e adultos e estimulação de comportamentos incompatíveis com o uso das mãos para vomitar (p.e. segurar e manipular brinquedos, dar "adeusinho" etc.).

c) interromper a interação evitando o contato visual do sujeito, aos primeiros sinais de ocorrência do comportamento de regurgitar, e efetuar o registro.

d) atender o sujeito após um intervalo de omissão do comportamento de vomitar.

e) introduzir alimentação extra no período noturno e reduzir o intervalo entre as alimentações.

A generalização das modificações comportamentais foi realizada através do treinamento dos pais nos itens a e b. Esperava-se que mudanças comportamentais da mãe continuassem ampliando o repertório comportamental do su-



jeito, reduzindo a probabilidade de reincidência do problema. O seguimento foi feito durante três meses, através de visitas domiciliares e do comparecimento da mãe ao hospital.

## RESULTADOS

Os dados quantitativos registrados no decorrer da aplicação dos procedimentos mostram um decréscimo acentuado na frequência de ocorrência do comportamento de vomitar, cuja tendência é interrompida por dois picos de maior frequência.

Os dois picos, após um decréscimo, coincidiram com reocorrência do quadro de broncopneumonia, quando então as aplicações de nebulização parecem ter favorecido a emissão do comportamento, pela expectoração. A frequência do comportamento de levar a mão à boca sem regurgitação, diminuiu em relação à linha de base, enquanto

que a frequência de regurgitar sem o uso das mãos, manteve-se constante e próxima de zero, chegando a desaparecer no decorrer da segunda semana.

Embora não se tenha efetuado registro quantitativo de frequência, observou-se a aquisição, pelo sujeito, de comportamentos de bater palmas, manipular objetos e brinquedos, balbuciar acompanhando canto, bem como habilidade de sentar-se sem apoio.

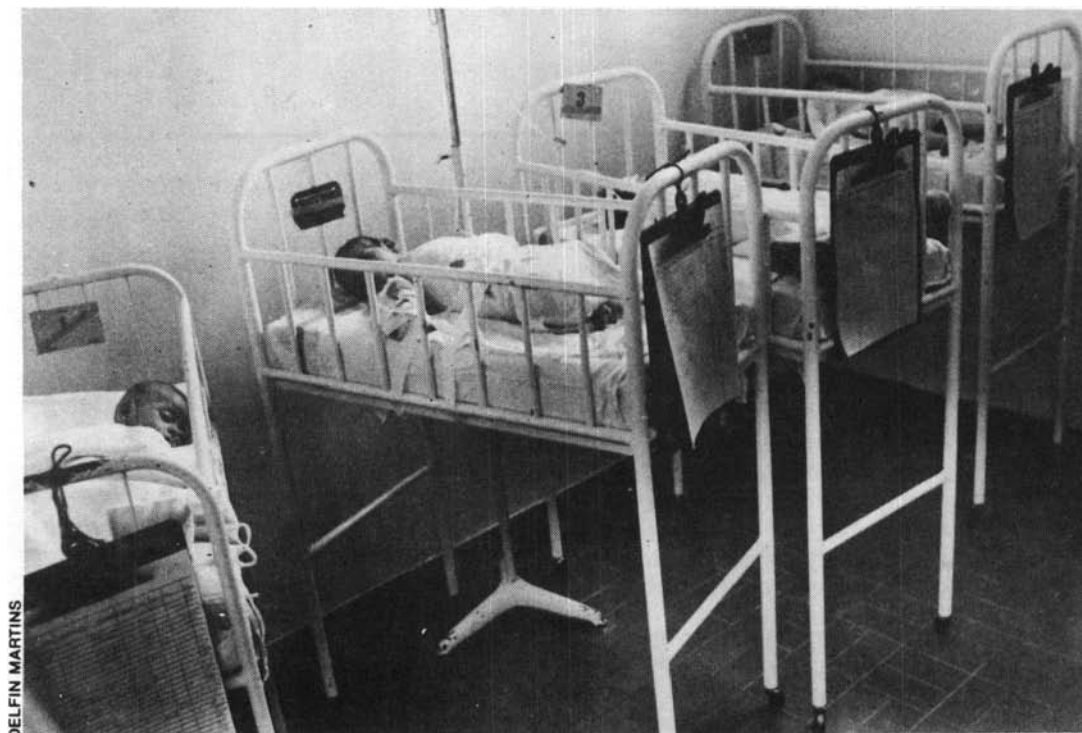
Imediatamente ao final do procedimento, o sujeito havia adquirido cerca de um quilo de peso e melhora no quadro de desnutrição, recebendo alta hospitalar.

As observações e relatos de seguimento indicaram que, até três meses após a alta hospitalar do sujeito, o comportamento de vomitar não havia ocorrido, o ganho de peso continuava regularmente e o desenvolvimento comportamental do sujeito aproximava-se do esperado para sua idade.

## DISCUSSÃO

A análise dos resultados evidencia a efetividade dos procedimentos, uma vez que a frequência do comportamento de vomitar se reduziu a zero, sendo concomitantemente atingidos os objetivos de ampliação do repertório comportamental do sujeito. A redução do comportamento de levar a mão à boca sem regurgitação, que não foi objeto de intervenção direta, pode ter ocorrido como uma generalização da extinção do comportamento de usar as mãos para regurgitar e como um produto do desenvolvimento de novos comportamentos, em grande parte incompatíveis com este.

O programa representa um "pacote" de procedimentos que incluem três técnicas básicas: o **time-out**, o treino de omissão e o reforçamento diferencial. No presente trabalho não é possível retirar conclusões sobre a efe-



DELFIN MARTINS

O vômito era mais frequente quando a alimentação se processava no berço.

tividade de cada técnica em particular, mas pode-se considerar que as três atuaram como complementos indispensáveis uma das outras.

Considerou-se um risco calculado a não utilização do controle aversivo, com base na literatura corrente, em favor do uso de "técnicas positivas", tendo em vista dois aspectos fundamentais. O primeiro relaciona-se à subcultura grupal, com crenças disseminadas de que "problemas psicológicos" em crianças ocorrem por "falta de amor". A utilização de controle aversivo poderia gerar resistência, e a colaboração poderia não ocorrer. Outro aspecto é que a recenticidade da aplicação da análise experimental do comportamento não lhe confere ainda status suficiente de compreensão conceitual junto à equipe hospitalar. A tradição da Psicologia nos grupos de saúde relaciona-se a uma formação de base mais analítica. Nesse contexto, a utilização de "técnicas punitivas" parece colocar a Psicologia como prática pe-

dagógica pouco recomendável do século passado. Por outro lado, ao dispensar o aparato instrumental (como na utilização do choque elétrico, por exemplo), o procedimento torna-se mais acessível à contribuição de paraprofissionais e familiares.

Além desses aspectos, pode-se acrescentar que a utilização de técnicas operantes de controle positivo exige o desenvolvimento de um repertório nas pessoas do ambiente do sujeito, no sentido de promover a ampliação do repertório do sujeito, que facilita a generalização dos efeitos do programa e a prevenção de recorrências do comportamento problema.

Finalmente, a atuação conjunta com pessoal médico e de enfermagem mostra o alcance da Psicologia na demonstração do controle do ambiente sobre problemas supostamente orgânicos e a possibilidade de remissão desses problemas com base na manipulação ambiental. Esses aspectos parecem indicar esse campo como bastante promissor à

atuação dos psicólogos, especialmente em problemas que exigem uma solução rápida, como no presente caso. □

## BIBLIOGRAFIA

ERICKSON, M.P. e OGDEN, S. *Elimination of vomiting behavior in a pre school-aged child*. Em: O'Neil, S.M., McLaughlin, B.N. e Knapp, M.B. *Behavioral Approaches to Children, with Developmental Delays*. The C.V. Mosby Company, St. Louis, 1977.

WALEN, S., HAUSERMAN, N.M. e LAVIN, P.L. *Clinical Guide to Behavior Therapy*. The Williams E Wilkins Company, Baltimore, 1977.

WOLF, M., BIRNBAUER, J., LAWLER, J. e WILLIAMS. *Extinción Operante, Restablecimiento & Reextinción de la Conducta de Vomitar, En um Niño Retardado*. Em: Ulrich, R., Stachnik, T. e Mabry, J. *Control de La Conducta Humana*. México: Trillas, 1974.

# CONTRAPONTO

Thereza Pontual de Lemos Mettel

Departamento de Psicologia da Universidade de Brasília.

*A pesquisa de Zilda e Almir del Prette tem grande interesse por se desenvolver num âmbito institucional, com equipe multiprofissional e, finalmente, por se apresentar em linguagem extremamente objetiva, o que permite sua fácil apreensão e divulgação.*

*Para ampliar a discussão, gostaria de acrescentar o seguinte: o*

*comportamento de vomitar, no caso citado, poderia ser considerado como um raro comportamento estereotipado e de auto-estimulação encontrado em crianças carenciadas. Parece, também, ter funcionado como um recurso à repetição da cadeia alimentar, pois inclua "reingestão do alimento regurgitado" como seu elo final. Esta categorização parece ser importante para efeito de diagnóstico e de programação do tratamento ideal, no caso, intensificação de contacto social e manejo alimentar.*

*Neste sentido, o programa de intervenção pode dever seu êxito, não tanto aos procedimentos de "time-out", mas, principalmente, à inten-*

*siva estimulação ambiental e social e à modificação da frequência da escala alimentar.*

*O desenvolvimento do sistema interativo da criança e das enfermeiras que dela cuidavam, como verdadeiras mães substitutas, levou à ampliação do repertório e ao abandono progressivo do processo de auto-estimulação, ultrapassado pelos de hetero-estimulação e trocas efetivas com o meio ambiente. A criança cresceu! Assim, os terapeutas deveriam reconhecer que houve, no seu "pacote" de intervenção, algo mais (enriquecimento ambiental?) que as três técnicas descritas. A especificação disso permitiria a avaliação completa do sucesso do procedimento e sua replicação. □*