

Desamparo materno e recusas alimentares na primeira infância

Maternal neglect and alimentary refusals in infancy

Érika Teles Dauer*

Karla Patrícia Holanda Martins**

Resumo: No que se refere à compreensão psicanalítica, a nutrição infantil se encontra atravessada pelas tramas da relação primitiva entre a criança e o seu cuidador primário, refletindo modos específicos do enlaçamento materno-infantil. O artigo propõe uma investigação acerca da função que a alimentação desempenha na gênese da constituição psíquica, a partir de situações onde se estabelece o sintoma da recusa alimentar. A investigação teórico-clínica foi construída em paralelo ao trabalho de intervenção psicanalítica com crianças desnutridas atendidas em uma instituição do terceiro setor (ONG). Identificam-se relações entre a recusa alimentar da criança, as formas de angústia materna e suas modalidades de identificação.

Palavras-chave: Recusa alimentar, relação mãe-bebê, identificação, narcisismo, angústia.

Abstract: As it relates to psychoanalytic understanding, infant nutrition is pervaded by the webs of the primitive relationship between the child and his or her primary caregiver, thus reflecting specific types of maternal-infant bonding. This article introduces an investigation into the role of food in the genesis of the infant psychic constitution, based on situations where the symptom of alimentary refusal is established. This theoretical and clinical study was conducted in conjunction with a psychoanalytic intervention with malnourished children under the care of a non-governmental organization (NGO). This study intends to identify the relationships between infant alimentary refusals, the various forms of maternal angst, and their modes of identification.

Keywords: Alimentary refusal, mother-infant relationship, identification, narcissism, angst.

* Psicóloga/Universidade de Fortaleza-UNIFOR (Fortaleza-CE-Brasil), mestranda Psicologia/UFC (Fortaleza-CE-Brasil).

** Psicanalista, doutora Teoria Psicanalítica/UFRJ (Rio de Janeiro-RJ-Brasil), profa. adjunta Programa de Pós-graduação Psicologia/UFC (Fortaleza-CE-Brasil).

1. Introdução

O presente artigo é fruto das investigações oriundas de uma pesquisa em desenvolvimento que contempla a problemática da recusa alimentar infantil. Mediante o interesse de pesquisar sobre os sintomas alimentares na infância, optamos por ingressar em uma instituição de atendimento a crianças desnutridas e suas famílias: o Instituto da Primeira Infância (IPREDE), organização não governamental situada na cidade de Fortaleza/CE. Nesse contexto, as reflexões aqui apresentadas são referentes a um estudo clínico em extensão, o qual possui como campo de investigação os atendimentos realizados na referida instituição.

O ingresso das crianças na instituição ocorre por meio do diagnóstico de quadros de desnutrição. Contudo, a partir dos atendimentos realizados, envolvendo a criança e sua mãe, investiga-se a ocorrência e persistência de tal problemática, pois constatamos que, em grande parte dos casos, o problema não se dá pela privação do alimento, mas sim por dificuldades que se instalam nas relações da criança com o agente de cuidados.

2. A alimentação e a constituição do psiquismo

Freud (1950/2006) localiza como ponto de partida de sua teoria as relações entre o psíquico e o somático. Com base na linguagem científica do *Projeto de 1895*, buscaremos exemplificar o modo como os cuidados referentes à alimentação oferecidos pela mãe à criança são responsáveis por possibilitar as inscrições primordiais do *infans*, imprescindíveis à constituição do parêntese psíquico nascente.

Coriat (1997) assinala que o advento do sujeito psíquico está relacionado à capacidade e qualidade com que o outro¹ vai marcá-lo. Considera que aqueles que apresentam os objetos ao bebê possuem, portanto, participação ativa em sua constituição e estruturação psíquica. Propõe-se, aqui, pensar o nascimento do sujeito psíquico a partir das operações realizadas por esse outro, à medida que seus cuidados vão “[...] infiltrando a ‘substância’, os elementos significantes, até inscrevê-los no corpo orgânico, real” (CORIAT, 1997, p. 265).

¹ Partindo de um referencial freudiano, será mantida a referência ao outro materno. Contudo, as contribuições oferecidas por Lacan apontam para a dimensão simbólica que é transmitida nas operações descritas, fazendo menção ao Outro da mãe. No âmbito desse artigo não se irá desenvolver essa questão.

Os estímulos endógenos provenientes do próprio corpo estabelecem as necessidades básicas do bebê e, dentre elas, a de nutrição. Funcionam como fontes permanentes de excitação, as quais só cessam mediante a realização da ação no mundo externo, capaz de suprir às exigências da vida (FREUD, 1950/2006). Tais necessidades fundamentais contrapõem uma referência ao ambiente, pois dependem que o meio (mãe ou cuidador) se desdobre e efetue as operações necessárias para a cessação das urgências biológicas.

As operações descritas são dirigidas à transformação do funcionamento neurobiológico do organismo. Todavia, mediante o trabalho realizado pela ação do semelhante em torno da criança, é possibilitado o recobrimento de tais urgências. A essas são conferidos significados, tornando-as parte “[...] da estrutura de significações que caracterizam a inserção do indivíduo humano na civilização e, portanto, sua constituição como sujeito” (JERUSALINSKY; KUPFER; BERNARDINO *et al.*, 2009, p. 9). Dessa forma, as urgências adquirem igualmente caráter psíquico.

Devido ao desamparo primordial do bebê, o organismo humano está, a princípio, impossibilitado de realizar a ação específica necessária ao alívio da tensão interna, capaz de cessar as excitações endógenas. Por se encontrar nos braços da dependência, faz-se necessária a *ajuda alheia* proveniente do outro; ajuda essa capaz de suprir as exigências da vida e que resultarão em marcas mnêmicas constituintes do aparelho psíquico. Freud (1950/2006) nomeia essa operação de experiência de satisfação.

No momento em que o outro prestativo vem em auxílio, a internalização dessa experiência de alívio e satisfação produz uma ação capaz de modificar a realidade. Nesse sentido, o produto da assistência não é exclusivamente o alívio da tensão, mas a produção de uma ação que se insere na linguagem: “essa via de descarga adquire, assim, a importantíssima função secundária da comunicação [...]” (FREUD, 1950/2006, p. 370). Com a realização da experiência de satisfação, “[...] a imagem mnêmica do objeto será a primeira a ser afetada pela *ativação do desejo*” (FREUD, 1950/2006, p. 371, *grifos das autoras*). Portanto, não é o seio que se inscreve no psiquismo, mas as suas representações e afetos associados.

Com base no exposto, tem-se que a modificação do mundo externo, provocada pela ajuda alheia pode ser exemplificada através dos cuidados oferecidos pelo outro materno ao bebê; aqui, faz-se referência às atividades relacionadas à nutrição. Será por meio de tais ações, juntamente com a relação que se estabelecerá entre a mãe e seu filho, que tais componentes poderão, processualmente, estabelecer suas marcas simbólicas primordiais.

Freud (1950/2006) presume a existência de uma característica de natureza temporal indispensável ao funcionamento do sistema psíquico, capaz de demarcar diferenças entre os processos descritos. As qualidades são sensações que diferem em uma ampla gama de variedades e em suas relações com o mundo externo. Desse modo, as séries de sensações de prazer e desprazer são interpretadas, transformando-se em qualidades sensoriais.

Aponta-se, então, o caráter temporal da ação específica proveniente do outro prestativo, bem como a sua capacidade de demarcar diferenças no movimento rítmico estabelecido, a partir dos cuidados destinados ao bebê. Tais movimentos, ou melhor, os seus intervalos, são responsáveis por marcar o *infans*, oferecendo a possibilidade de interpretação da série de sensações prazer-desprazer. Conforme aponta o autor: “[...] a transformação em movimento acarreta a perda de qualquer característica qualitativa, de qualquer peculiaridade do período” (FREUD, 1950/2006, p. 363). É quando o organismo se vê forçado a adiar a descarga de energia, que se originam os processos de pensamento; caso contrário, suas ações não passariam de atos reflexos.

Nesse contexto, o outro materno encontra, aqui, a função de uma espécie de crivo, visto que exerce papel ativo sobre os estímulos que deixa passar por entre a “tela de proteção”, ou seja, age sobre os desvios que irão estabelecer as qualidades para o bebê. É, então, a partir da ação específica possibilitada pelo outro, preservando a frequência e repetição necessárias, que as marcas simbólicas (traços mnêmicos) incidem, bem como podem ser associadas e convertidas em memória.

Freud (1905/2006) assinala que, no tempo primeiro da constituição subjetiva, a organização libidinal se encontra sobre a primazia da zona erógena oral, a qual funciona como fonte corporal das primeiras excitações pulsionais, estendendo-se desde o nascimento até o desmame. Tal satisfação se estende para além do limite espacial da boca, acompanhando, ainda, a estimulação dos lábios, dos dedos e das demais partes corporais, seguidas pela pele e por seu contato. Frente ao exposto, versa que “a atividade sexual apoia-se primeiramente numa das funções que servem à preservação da vida, e só depois torna-se independente delas” (FREUD, 1905/2006, p. 171). Tal relação é descrita pelo autor como uma função de apoio e encontra maior prevalência no que se refere às funções corporais: alimentação, higiene e proteção da criança.

No processo de constituição psíquica, verifica-se que as atividades referentes à função de nutrição apoiam-se, inicialmente, em necessidades somáticas vitais; todavia, são subvertidas de imediato em satisfação da zona erógena oral, através das pulsões sexuais. A necessidade de satisfação torna-se, então,

autônoma em relação ao alimento, ou seja, a pulsão sexual se estabelece como distinta da função vital. Freud (1905/2006) acrescenta que, devido à dupla finalidade da zona labial, onde o objeto de uma atividade é também o da outra, o recalçamento se estende à pulsão de nutrição. Frente a isso, observa que crianças, nas quais a zona labial foi significada e constitucionalmente reforçada, podem, posteriormente, por força do recalque, apresentar sintomas alimentares tais como o nojo da comida ou a produção de vômitos histéricos.

Ademais, assinala que a tendência em repetir a experiência de satisfação se relaciona com um sentimento específico de tensão que tem antes o caráter de desprazer. Sendo assim, o alvo sexual “[...] viria substituir a sensação de estimulação projetada na zona erógena pelo estímulo externo que a abolisse ao provocar a sensação de satisfação” (FREUD, 1905/2006, p. 174). A meta da pulsão infantil é o alcance da satisfação mediante a estimulação apropriada da zona erógena elegida. A criança buscará reviver tal experiência de satisfação (cessação do desprazer e o comparecimento do prazer) a partir da via da alucinação.

Tomando o chuchar como exemplo de uma satisfação que independe da necessidade alimentar, infere-se que a ativação da memória corporal do bebê, através do sugar, possibilita que ele (re)experimente, alucinatoriamente, um prazer já vivenciado. Observa-se, então, que mediante as exigências libidinais, a zona erógena oral se configura como via de contato primordial na relação bebê e ambiente. Esse processo de ativação da memória relaciona-se, ainda, às funções do pensamento e da linguagem.

Freud (1950/2006) propõe que a atividade judicativa permite a comparação da dessemelhança entre o investimento de desejo de uma lembrança e o investimento perceptual. A coincidência entre ambos se transforma em um sinal biológico que põe fim à atividade do pensamento e permite a descarga. Na medida em que os investimentos coincidem, não se oferece oportunidade à atividade de pensamento; contudo, as partes discrepantes *despertam interesse*, podendo dar lugar a tal atividade. Por meio do juízo é possível ir da situação perceptiva real à situação desejada e, através dos processos de pensamento, é possível reproduzir um prazer já experimentado.

À função do juízo são atribuídas duas decisões. A primeira consiste em confirmar ou negar a uma coisa uma característica, ou seja, conferir qualidade a algo, pois o psiquismo compreende o que é desprazeroso como algo externo e incorpora o que é vivenciado como prazer. A segunda é comprovar, na realidade, a existência ou não de uma representação (FREUD, 1925/2011). No exemplo do chuchar, quando a sensação de prazer (re)experimentada pelo sugar é interrompida pela percepção da fome, a criança constata que a parte do

corpo ou o objeto que suga não é capaz de evitar o desprazer que emerge devido à necessidade alimentar. O que está em jogo, então, não é se algo percebido deve ser ou não incorporado ao Eu, mas sim, se algo que se acha no Eu, como representação, também pode ser reencontrado na realidade.

Freud (1905/2011) assinala, portanto, que a atividade do pensamento possui a capacidade de tornar presente algo percebido e reproduzi-lo na imaginação, sem que o objeto necessite mais estar presente na realidade. Nesse aspecto, a atualização da memória corporal deverá coincidir com uma experiência de linguagem e o seu significante fará apelo no outro, por exemplo: o choro do bebê *signalizará* a sua fome.

Com base na perspectiva freudiana aqui contemplada, evidencia-se a particular relação entre as funções do pensamento e da linguagem e os cuidados referentes à alimentação. As relações com o alimento se encontram presentes na gênese da fundação do psiquismo, oferecendo uma via para a constituição do sujeito psíquico.

3. Identificação e desamparo: o recorte de uma experiência

A seguir, retomaremos a nossa prática clínica com crianças desnutridas e suas mães no Instituto da Primeira Infância (IPREDE). A instituição conta com uma equipe multiprofissional, que desenvolve diversos programas para a promoção do desenvolvimento infantil e, dentre eles, cita-se a equipe de intervenção clínica.

O trabalho de intervenção oferece acompanhamento às crianças de idades entre zero e três anos que apresentam impasses em seu desenvolvimento relativos ao campo da oralidade, desde o desmame até as dificuldades na conquista da linguagem verbal. Os atendimentos acontecem na presença do bebê e sua mãe. A partir da escuta dessas mães é possível indagar sobre os significados que elas atribuem à maternagem, os possíveis efeitos de sua posição para o estabelecimento da demanda e suposição de um sujeito ao filho.

Observa-se que muitas mães descobriram a gravidez tardiamente e, portanto, foram escassos os exames de pré-natal. Os poucos casos em que o acompanhamento da gestação ocorreu, desde o seu início, é inversamente proporcional à frequência com que encontramos mães em sua sétima ou até décima gravidez. Aqui, a precariedade do sistema público de saúde é um dado importante, porém não fala por si só.

Nos atendimentos, as mães narram inúmeros conflitos, abusos e violência familiar. São comuns os relatos de gestações indesejadas. Muitos companhei-

ros abandonaram o relacionamento e, conseqüentemente, o bebê; alguns se encontram presos, outros mortos e existem os que nem ao menos sabem da existência do filho. Também se evidencia o consumo de álcool e drogas pelo casal parental, inclusive durante a gravidez. Existem casos em que a criança é trazida à instituição pela avó, tia ou vizinha, já que a mãe é usuária de *crack* e por isso moradora de rua ou falecida. Constata-se que algumas mães tiveram muitas gestações, porém residem com poucos filhos, pois “deram” ou abandonaram a criança.

No que se refere à aparência física, pode-se que dizer que são mães aparentemente fadigadas, que expressam a falta de energia para os cuidados com elas e com a criança. Poucas trabalham e a grande maioria se sustenta com os auxílios oferecidos pelo governo. Contudo, mesmo passando o dia em casa, não conseguem ocupar-se de seus filhos, que são muitos e com idades próximas. Residem em moradias precárias, onde é grande a escassez de recursos. Remetem a uma verdadeira situação de desamparo em que não possuem quem cuide delas próprias. E assim, como uma mãe disse, como elas vão conseguir “tomar conta” das crianças? Quem ali esteve para cuidar dessas mães? E quem estará para ser a mãe de seus filhos?

Acerca do desenvolvimento emocional do indivíduo, Winnicott (1964/2012) assinala que os processos de maturação necessitam de um ambiente de facilitação para se concretizarem, o qual se torna, rapidamente, muito complexo. Deste modo, defende que apenas um ser humano é capaz de conhecer um bebê, ao ponto de possibilitar uma adaptação complexa e graduada, conforme as transformações das necessidades deste. Nesse contexto, Pacheco-Ferreira (2012) sinaliza que “quando um bebê não encontra apoio em seu meio para elaborar seus movimentos pulsionais, suas experiências acabam não sendo tratadas e simbolizadas” (p. 171-2). O ambiente possui, então, a função de auxiliar o que dessa excitação pulsional não pode ser integrado pelo psiquismo ainda prematuro. Tais experiências primárias são contidas e significadas pelo meio e reenviadas à criança de forma atenuada e não traumática.

Nas primeiras fases de seu desenvolvimento emocional, o bebê humano é tomado como uma unidade em que a separação entre o *não-eu* e o *eu* não se efetua. Como afirmado, será conforme o ritmo estabelecido pela relação mãe-bebê que tal separação, gradativamente, se processará, ou seja, caso ninguém esteja para ser mãe, a tarefa desenvolvimental do bebê torna-se infinitamente complicada. O meio ambiente desempenha função vital no processo, visto que o seu fracasso coloca em jogo a própria condição do Eu (WINNICOTT, 1967/1975).

Winnicott (1964/2012) aponta também que o protótipo de todos os cuidados com os bebês é o ato de segurá-los. E quando menciona segurar, refere-se à participação ativa do semelhante que segure o bebê e dele cuide. “Segurar e manipular bem uma criança facilita os processos de maturação, e segurá-la mal significa uma incessante interrupção destes processos, devido às reações do bebê às quebras de adaptação” (WINNICOTT, 1967-1968/2012, p. 54).

Enfatiza ainda a importância do rosto da mãe de se comportar como espelho para o bebê. Desse modo, ao olhar para a mãe, o que ele vê? Ele percebe-se a si mesmo refletido no rosto dela. Essa troca de olhares possibilita que a mãe reenvie à criança as suas próprias necessidades e emoções, o que equivaleria a uma espécie de tradução das urgências pulsionais da criança. Para o autor: “a maioria das mães pode reagir quando o bebê está em dificuldades ou quando é agressivo, e, especialmente, quando doente. Depois, o bebê se acostuma à ideia de que, quando olha, o que é visto é o rosto da mãe” (WINNICOTT, 1967/1975, p. 155).

Questiona-se, então, o que acontece quando tal operação não ocorre: quando a mãe não reage ao olhar do filho ou quando, como adverte Winnicott: ‘não recebe de volta o que ele oferece’. Quando a criança não se percebe no rosto da mãe, a sua capacidade criativa pode começar a atrofiar. Assim, a percepção toma o lugar da apercepção; e a ausência de trocas significativas impede o surgimento de uma comunicação sensível e silenciosa na relação, traduzindo tal experiência em vazio (WINNICOTT, 1967/1975). Acerca do exposto, Martins e Gomes (2012, p. 191) compreendem o rosto materno como “[...] uma importante matriz – uma espécie de primeiro território (casa, lugar de partida) que circunscreve os limites psíquicos e corporais –, elemento indispensável na estruturação efetiva da imagem do sujeito, sua ficção e suas relações com o desejo”.

Quando o rosto materno não se torna espelho, o bebê procura outros meios de obter algo de volta a partir do ambiente, preocupando-se em conhecer o objeto e prever as suas ações: “alguns bebês não abandonam inteiramente a esperança e estudam o objeto e fazem tudo o que é possível para ver nele algum significado que ali deveria estar, se apenas pudesse ser sentido” (WINNICOTT, 1967/1975, p. 155). Em concordância, Boukobza (2000) assinala que caso o olhar da mãe reenvie o bebê somente ao seu estado psíquico, a criança se encontrará em uma posição de verdadeiro desamparo.

No período próximo ao fim da gravidez e durante as primeiras semanas após o nascimento, Winnicott (1956/2000) aponta para uma clara relação entre as experiências da mãe e do bebê. A mãe, ao deparar-se com um recém-

-nascido em um nível de absoluto desamparo e dependência, além da escassez de recursos comunicativos, é tomada por um estado denominado de preocupação materna primária. Tal preocupação pode ser considerada como um estado de loucura materna e refere-se a um período de sensibilidade exacerbada, em que a mãe se torna capaz de contrair uma adaptação sensível e delicada às necessidades do recém-nascido, ou seja, preocupa-se com o seu bebê a ponto de excluir quaisquer outros interesses de maneira normal e temporária. Possibilita à criança, nessa etapa inicial da vida, um contexto propício ao seu desenvolvimento, devendo protegê-la de experiências intrusivas.

A esse respeito, Winnicott (1953/1975) ressalta a necessária presença de uma mãe, suficientemente boa na constituição do psiquismo do bebê, capaz de adaptar-se, ativamente, às necessidades deste. Porém, tal adaptação diminuiria, gradativamente, a partir da capacidade da criança em tolerar os resultados da frustração; favorecendo, por conseguinte, a crescente capacidade do filho em lidar com os fracassos do ambiente.

Observa-se que essa mãe, capaz de devotar-se ao seu filho, assemelha-se com a função descrita por Freud (1950/2006), quando demarca a necessidade da ajuda alheia proveniente do semelhante: o outro prestativo. Será mediante a realização das ações específicas no mundo externo, possibilitando o alívio e as significações de seus estados tensionais, que o bebê será capaz de construir o sentimento de continuidade e existência, dessa forma estabelecendo outro princípio, o da realidade, em contraste com o princípio do prazer.

A oferta das condições ambientais necessárias pode permitir ao bebê a capacidade de lidar com a realidade externa, proporcionando assim um sentido *de* existência e um sentido *para* a existência. É a partir dessa experiência que a criança experimenta o sentimento de onipotência; como também, entra em contato com as limitações impostas pelo princípio de realidade. Desenvolve-se, com isso, um estado de confiança capaz de unir mãe e bebê (WINNICOTT, 1970/2011).

Cabe assinalar, entretanto, que tal estado de sensibilidade exacerbada apenas se torna possível mediante a capacidade da mãe de identificar-se ao bebê. Por meio dessa identificação, ela será capaz de oferecer interpretações aos choros, movimentos e expressões da criança, significar o seu mal-estar e desempenhar uma conduta de antecipação. Todavia, assinala-se que esta função interpretativa não é livre de caprichos, pois o bebê dá-se a ler pela mãe, a qual traduz em significante o seu apelo e decide por seus significados.

Ainda sobre a preocupação materna primária, Winnicott (1956/2000) enfatiza a necessidade da mãe de gozar de boa saúde para que seja capaz de atin-

gir tal estado, bem como curar-se dele quando necessário. Boukobza (2002) equipara essa “boa saúde” ao equilíbrio narcísico da mãe, visto que se faz necessária uma base narcísica suficiente que a possibilite descolar o seu próprio narcisismo para o filho. O narcisismo da mãe (FREUD, 1914/2010) pode ser evidenciado quando essa é capaz de se identificar com a criança, por exemplo, ressaltando as características semelhantes às suas e, com isso, favorecendo a criação de um laço na relação. Contudo, ao se identificar com o bebê ao ponto de recobri-lo com o seu próprio narcisismo, a mãe identifica-se também com o seu atual estado de desamparo.

Boukobza (2002) relaciona esse desamparo normal, atravessado pelas mães com o resguardo, período socialmente aceito e reconhecido após o parto, em que a mãe deveria permanecer em repouso e era ritualmente cercada, cuidada e amparada. O esperado aqui é que a mãe se recolha ao seu próprio narcisismo, para que seja capaz de deslocá-lo ao bebê. Contudo, tal estado de proteção é ameaçado quando observamos a realidade em que se encontram as mães com as quais trabalhamos. Na maioria dos casos, são mulheres que logo ingressam em uma nova gravidez e, dessa forma, dificilmente conseguem vivenciar o resguardo necessário a ela e à criança recém-nascida.

Segundo a autora, “[...] o que é insuportável nesse momento para essas mulheres – não para todas, lógico, – é a presença do filho real, a presença de um pedaço de corpo que elas têm que fazer viver” (BOUKOBZA, 2002, p. 16). À mãe é cobrada uma postura ativa frente aos cuidados e necessidades da criança; ela deve ser ativa perante o filho. Nesses termos, Freud (1932/2006) enfatiza que a própria amamentação pode ser compreendida como a mãe oferecendo o seio ao bebê, bem como se deixando mamar por esse.

Como referido, observa-se a apatia e falta de energia dessas mães nos mais diversos aspectos. A esse respeito, Boukobza (2002) aponta a possibilidade da fadiga e do excesso de sono representarem uma tentativa materna de restabelecer sua homeostase narcísica. Quando questionadas sobre as atividades diárias, muitas mães relatam que as crianças passam longos períodos no cercadinho ou em frente à televisão, apenas destinando atenção ao filho nos momentos em que é solicitada, ou seja, quando o choro irrompe. Ademais, ao serem alertadas sobre o estado de desnutrição do filho, destinam pouca atenção, acreditando ser algo comum já que muitas de suas crianças também “tiveram isso”.

O investimento narcísico dos pais está relacionado aos sentimentos de coesão, continuidade e segurança do bebê. No momento em que a mãe conse-

que investir narcisicamente em seu bebê, possibilita-se um ganho de prazer na relação, visto que será a partir dos cuidados oferecidos à criança que ela alcançará os sentimentos de coesão, continuidade e existência em segurança. Quando tal investimento não pode ser garantido, a exemplo das situações, nas quais a mãe percebe as demandas do filho como uma ameaça ao seu estado narcísico, o bebê pode se tornar, então, um perturbador que se apodera do espaço psíquico da mãe. Nestas condições, a criança com suas mudas demandas aparece como persecutória à mãe (BOUKOBZA, 2000).

Com base na experiência descrita, supõe-se que algumas dessas mães tomam os cuidados com o filho e, conseqüentemente, as orientações e recomendações referentes à desnutrição da criança, como algo da ordem de um mandato imperativo e, talvez por isso, limitam-se a fazê-lo sobreviver. Tal comportamento pode guardar relação com o modo como estas gestações se repetem: uma em sequência da outra, sem intervalo para o resguardo do corpo (biológico e psíquico) dessa mãe. Desse modo, observa-se que as operações relacionadas com o desejo dessa mãe de se fazer ativa perante a criança, juntamente com o prazer proporcionado a partir dos cuidados destinados ao bebê se encontram fortemente comprometidos e, assim, podem se transformar em atos puramente mecânicos. Desta feita, convém considerar o sofrimento desta mãe e o seu desamparo como “[...] um deslizamento do sofrimento social para o individual” (CAMPOS; GAMA, 2008, p. 229).

No tocante às conseqüências psíquicas do desamparo para a mãe, Boukobza (2000, p. 20) observa:

Se os círculos concêntricos do entorno, da família, do tecido social, da cultura, não vêm contê-la nem confrontá-la em uma posição que lhe permitirá “devotar-se” a seu filho, sem o que chamo de uma hemorragia narcísica, ela arrisca não poder negociar esta passagem e desmoronar em uma grave depressão.

A depressão se encontra aqui relacionada com um impedimento em sentir prazer, podendo afetar de maneira central a relação mãe-bebê e os cuidados oferecidos ao *infans*.

Sobre o que é vivenciado pela mãe com a chegada do bebê, Bernardino (2008) descreve duas situações que implicam em angústia para a genitora. A primeira refere-se à angústia provocada pela reativação dos traços mnêmicos maternos relacionados às experiências que esta viveu enquanto bebê ou

criança pequena, quando teve que enfrentar a chegada de outro bebê na família e suas possíveis circunstâncias traumáticas. Relaciona essa angústia como própria ao desamparo e à ameaça de aniquilamento, que retorna em busca de ser nomeada e simbolizada. A segunda se trata da angústia de castração, referente à passagem do lugar de filha à mãe e depois, o retorno ao lugar de mulher. Tal angústia é sinal da dificuldade no processo de construção da maternagem, bem como pode apontar para a relutância em regressar à posição feminina. Em ambas as situações, a emergência da angústia se relaciona com a presença do filho na posição de desencadeador de lembranças de dor psíquica. Tais angústias são próprias da mãe, contudo o bebê, por ser sensível a ela, pode reagir ao seu sofrimento com sintomas próprios (BERNARDINO, 2008).

Em referência ao trabalho clínico realizado com as crianças e suas mães, tomaremos um dos casos atendidos. Marieta² ingressa na instituição em decorrência do quadro de desnutrição de sua filha, Mariana, que na época contava um ano e dois meses, período em que a criança estava sob os cuidados da avó paterna, por consequência da separação dos pais. Atualmente, aos 37 anos, é mãe de sete filhos, com idades que variam entre 19 anos e seis meses.

Marieta fala pouco e somente quando é indagada. Possui uma fisionomia cansada, é vista sempre sentada, seja nos corredores da instituição ou quando adentra a sala dos atendimentos e logo procura uma cadeira.

Nos primeiros encontros, a dupla permanecia ao canto da sala, momento em que a filha recolhia-se ao peito da mãe que sempre se encontrava calada e respondia à solicitação de “braços abertos”. A mãe oferecia à criança livre acesso ao seio; parecia mais fácil “aquietá-la” junto à mama do que participar da brincadeira com todo o esforço que ela exige – cantar, falar, movimentar-se.

A sétima gravidez de Marieta ocorre quando a filha possuía por volta de um ano e meio, momento em que coincide com a interrupção repentina de sua amamentação. Nesse período, Mariana já ingeria outros alimentos, porém tinha acesso ao peito sempre que solicitava. Também se observava na criança uma procura angustiada pelo corpo materno, com pouca tolerância à ausência da mãe; simultaneamente, apresentava atraso significativo na conquista da fala.

Durante os encontros, são poucos os momentos que a criança brinca com a mãe: com frequência, apenas entrega os brinquedos para que a esta os “guarde”. A mãe, por sua vez, demonstra pouco interesse em participar da brincadei-

² O nome da personagem é fictício, assim como os demais utilizados.

ra, ficando a maior parte do tempo sentada e limitando-se a observar. Ao ser indagada sobre o que possivelmente a filha estaria solicitando, Marieta diz que é atenção, mas em seguida completa: “você não entende, quando você for mãe irá entender como é difícil dar conta de todos” (sic).

A criança segura vários brinquedos ao mesmo tempo, gesto que a impede de empreender movimentos mais espontâneos. Demonstra particular interesse por uma bola, porém são escaças as vezes que ela aceita jogar a bola para mim ou para a sua mãe, mesmo sendo enfatizado que jogaremos a bola de volta para ela. Na maioria do tempo, permanece segurando a bola bem firme, sem jogá-la, para ninguém tomá-la. Quando me aproximo para propor uma brincadeira coletiva, a criança reafirma sua negação emitindo um barulho alto e forte. Tal ruído pouco se assemelha a um apelo, parecendo mais um gemido arcaico, primitivo; um grito de dor. O que a criança estaria sinalizando com esse gemido? Estaria Mariana reivindicando alguma posição no desejo de sua mãe?

Ao observar a cena da amamentação, esta se configura por uma ação empreendida exclusivamente pelo sujeito que mama: a criança em seu ato de sucção. Ao oferecer o peito à criança indistintamente, Marieta abre mão da atividade, permanecendo em sua inercia passiva. Com a boca arrolhada ao peito, Mariana também não consegue acesso à fala; cena que guarda relação com a sua impossibilidade de brincar e movimentar-se espontaneamente.

Que lugar a amamentação e conseqüentemente o desmame ocupam nessa relação onde o seio aparece sem mediação, sendo sempre presença? Ao oferecer apenas o peito, o que essa mãe parecia querer evitar? O jogo simbólico da presença e ausência apenas é possível quando jogado a dois, é um jogo que não existe sozinho. Nas duas cenas descritas (mãos e bocas cheias), mãe e criança parecem estar sem parceiros. Ao oferecer a mama em detrimento da voz, a mãe evita o movimento, e a criança não encontra eco no desejo materno.

A partir da investigação teórico-clínica, pode-se estabelecer relação entre esse cansaço materno e algo da ordem de uma desistência da mãe em empreender uma ação, em movimentar-se? O cansaço e a solidão poderiam apontar para a dificuldade dessa mãe em investir narcisicamente em seu filho, em conseqüência de uma depressão materna?

A partir do complexo da mãe morta, Green (1988) aborda sobre a posição depressiva da mãe, que pode ser traduzida por uma indiferença ou esfriamento do laço afetivo com o filho. O autor refere-se à morte da mãe a partir de uma metáfora, não se tratando do luto de um falecimento real, “[...] mas sim de

uma imagem que se constitui na psique da criança, em consequência de uma depressão materna, transformando brutalmente o objeto vivo, fonte da vitalidade da criança, em figura distante, átona, quase inanimada [...]” (GREEN, 1988, p. 239). Trata-se, portanto, de uma mãe que, embora permanecendo viva na realidade, encontra-se morta, psiquicamente, para seu filho.

Em decorrência, sobrevém um luto “branco”, consequência da angústia de uma perda sentida ao nível narcísico. Aqui, Green (1988) refere-se aos estados de vazio, originados da interrupção do investimento materno, onde se contempla um desinvestimento massivo, radical e temporário do objeto primário, capaz de acarretar marcas indelévels ao inconsciente.

A mãe deprimiu-se. Green (1988) propõe que essa tristeza e diminuição do interesse materno possam ser sentidos pela criança como abandono, ausência ou distancia afetiva. Esse esfriamento materno é vivenciado como uma catástrofe, uma espécie de trauma narcísico, não existindo aviso algum sobre a brusca perda desse amor. Ademais, além de uma perda de amor, o autor também aponta para uma perda de *sentido*, tendo em vista que o bebê ainda não é capaz de significar tal acontecimento.

Nesse sentido, retoma-se aqui o sintoma da recusa alimentar das crianças do IPREDE. Carvalho, Lima e Martins (2013a, p. 263) demarcam que frente à constituição da alimentação como via primordial de troca e comunicação entre a mãe e o bebê, “a desnutrição é o sinal de alarme mais facilmente visível de que algo não está funcionando no processo de subjetivação dessas crianças”. Nessa perspectiva, a troca alimentar passa a comportar uma metáfora de amor, onde o alimento se torna signo de prazer ou de sua falta na relação (CARVALHO; LIMA; MARTINS, 2013b).

Com base na experiência descrita, presume-se a ausência de condições para uma relação prazerosa, podendo apontar algo da ordem de um sofrimento narcísico desta mãe e sua angústia: uma depressão?

Em investigação referente à análise dos prontuários da instituição e escuta dessas mães, Martins e Gomes (2012) supõem a possibilidade de um humor depressivo materno. A esse respeito, retomam as proposições de Winnicott (1948/2000) ao pensarem sobre uma possível identificação da criança com sua mãe, em que a depressão infantil é o reflexo da depressão materna. Para Winnicott (1948/2000, p. 158), “[...] a criança usa a depressão da mãe para fugir da sua própria”, bem como pode entrar “[...] em crise quando o seu bom desempenho é roubado pela necessidade emocional de um dos pais, ou de ambos”; e na tentativa de estabelecer a individuação, a possibilidade que encontra é através do fracasso. Fracasso esse que pode ser evidenciado a partir da dificuldade

em atingir o desenvolvimento esperado. Em contrapartida, do ponto de vista da função do sintoma, a recusa alimentar pode ainda representar uma espécie de tentativa de inverter essa relação de dependência e, assim, fazer-se ativa frente à mãe.

4. Considerações finais

Frente ao exposto, ressaltamos a particular correlação entre a constituição do aparelho psíquico e os cuidados referentes à alimentação. Por proporcionarem um íntimo contato à dupla mãe-bebê, ao mesmo tempo em que estabelecem um vínculo afetivo entre ambos, as trocas alimentares se encontram presentes na fundação do psiquismo. Tais processos oferecem, assim, uma via para a subjetivação do indivíduo, perpassando a construção do sentido de realidade, o desenvolvimento da capacidade de pensar e os processos de escolha objetual; e constituem ainda, para o futuro sujeito, o seu primeiro modelo de situação emocional.

Com base na perspectiva apresentada, inferimos que os processos de alimentação, em especial quando surgem os sintomas de recusa alimentar, podem se configurar em uma cena, onde os conflitos e impasses subjetivos na relação mãe-bebê se demonstram.

Nas crianças da instituição estudada, além dos quadros de desnutrição infantil, também observamos intercorrências no campo da linguagem; como exemplo, citamos os casos de crianças com idade igual ou superior a três anos que ainda não falam, pronunciam as palavras pela metade ou se utilizam sempre de uma mesma expressão (verbalização ou balbuciar) para se referir a diversos e diferentes objetos. Aponta-se, portanto, a relação entre o que está em jogo no alimentar/ser alimentado, sua dimensão simbólica e os processos de pensamento e linguagem.

Ademais, no que diz respeito à fragilidade no laço mãe-bebê, propomos pensar o sintoma de recusa alimentar em sua relação com possíveis quadros de depressão e angústia maternas: supomos que, em decorrência da impossibilidade de identificar-se ao filho, a mãe encontraria, aqui, dificuldades em criar condições para o surgimento da demanda, bem como para introduzir a dimensão do prazer e da fala nos jogos de linguagem.

A partir das reflexões desenvolvidas, alertamos para a problemática de se compreender a desnutrição infantil apenas pelo viés da privação alimentar. Assinalamos a contribuição de uma intervenção psicanalítica em tais circunstâncias, visto que, mediante a escuta da singularidade do caso, se poderá com-

preender o que se apresenta no laço entre a mãe e a criança. A sustentação de um trabalho clínico deve, portanto, incluir o reconhecimento das necessidades dessa mãe, em seu desamparo e em sua solidão.

Érika Teles Dauer

erikadauer@hotmail.com

Fortaleza-CE-Brasil

Karla Patrícia Holanda Martins

kphm@uol.com.br

Fortaleza-CE-Brasil

Tramitação

Recebido em 02/06/2014

Aprovado em 23/11/2014

Referências

BERNARDINO, L. M. A angústia na clínica psicanalítica com bebês e seus pais. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, n. 35, p. 21-29, 2008.

BOUKOBZA, C. Como um naufrago sobre um rochedo: a depressão materna pós-parto. *Revista Psicanálise e clínica de bebês*, Curitiba, ano 4, n. 4, p. 16-27, 2000.

_____. O desamparo parental perante a chegada do bebê. In: BERNARDINO, L. M.; ROHENKOHL, C. (Org.). *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 15-26.

CAMPOS, R.; GAMA, C. Saúde mental na atenção básica. In: CAMPOS, G.; GUERRERO, A. (Org.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Editora Huciec, 2008. p. 221-246.

CARVALHO, Â.; LIMA, M. C.; MARTINS, K. P. Desnutrição infantil e a relação mãe-bebê: uma discussão psicanalítica. In: BUSNEL, M.-C.; MELGAÇO, R. (Org.). *O bebê e as palavras: uma visão transdisciplinar sobre o bebê*. São Paulo: Instituto Langage, 2013a. p. 261-271.

_____. As problemáticas alimentares e a desnutrição na infância: contribuições psicanalíticas. *Estilos da Clínica*. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 372-386, 2013b.

CORIAT, E. Projeto de neurologia para psicanalistas. In: _____. *Psicanálise e clínica de bebês*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997. p. 261-273.

FREUD, S. *Projeto para uma psicologia científica (1950)*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 335-454. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1).

_____. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905)*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 119-229. (ESB, 7.)

_____. *O narcisismo (1914)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. p. 13-50. (ESB, 12).

_____. *A negação (1925)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. p. 275-282. (ESB, 16).

_____. *Conferência XXXIII: feminilidade (1932)*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 113-134. (ESB, 22).

GREEN, A. A mãe morta. In: _____. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988. p. 239-273.

JERUSALINKY, J. A angústia na pós-maternidade. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, n. 35, p. 9-20, 2008.

MARTINS, K. P.; GOMES, C. Amor materno, fome e reconhecimento social. In: VILHENA, J.; VILHENA, J. (Org.). *Corpo para que te quero?* Usos, abusos e desusos. vol. 1. Rio de Janeiro: PUC-RJ, 2012. p. 185-196.

KUPFER, M. C. *et al.* Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009.

PACHECO-FERREIRA, F. Algumas questões sobre a angústia e sua relação com a vergonha. In: VERZTMAN, J. *et al.* (Org.). *Sofrimentos narcísicos*. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012.

WINNICOTT, D. W. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil (1967). In: _____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 153-162.

_____. Objetos transicionais e fenômenos transicionais (1953). In: _____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 13-44.

_____. A reparação relativa à defesa organizada da mãe contra a depressão (1948). In: _____. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 156-162.

- _____. Memórias do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade (1949). In: _____ . *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 254-276.
- _____. Preocupação materna primária (1956). In: _____ . *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 399-405.
- _____. Vivendo de modo criativo (1970). In: _____ . *Tudo começa em casa*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. p. 23-39.
- _____. A mãe dedicada comum (1966). In: _____ . *Os bebês e suas mães*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. p. 1-11.
- _____. O recém-nascido e sua mãe (1964). In: _____ . *Os bebês e suas mães*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. p. 29-42.
- _____. O ambiente saudável na infância (1967-1968). In: _____ . *Os bebês e suas mães*. WMF Martins Fontes, 2012. p. 51-59.