



DISTÚRBIOS ALIMENTARES EM BEBÊS: UMA INTERLOCUÇÃO ENTRE A FONOAUDIOLOGIA E A PSICANÁLISE

*Rosa Maria Marini Mariotto**

*As crianças que vomitam precisam
falar e que falem com elas.*

Françoise Dolto

Introdução

O presente artigo é parte do projeto de pesquisa denominado Projeto de Atenção Preventiva na Alimentação – PAPA, ato de se alimentar, como constituinte do sujeito, a ser conduzido na PUC-PR (Küster, 2001); sobre a alimentação em bebês. Sustenta que o ato de alimentar/ser alimentado deve ser abordado sob três óticas: “a fisiológica, como indicadora de grau de maturidade neuroló-

* Psicóloga, psicanalista, professora da PUC-PR. Endereço: rua Francisco Schaffer, 621 – Jardim Schaffer. Curitiba – PR. CEP: 80820-200. FAX: (0xx41) 343-1312. E-mail: rosamariotto@bsi.com.br

gica e muscular do RN, a nutricional como ‘combustível’ para o crescimento e desenvolvimento neuro-psico-motor; e a estrutural como elo no contato mãe/bebê” (idem, *ibidem*, 2001).

Além do caráter de pesquisa-ação, um dos objetivos deste projeto é o de refletir de maneira interdisciplinar sobre os distúrbios alimentares, com especial interesse à doença do Refluxo Gastroesofágico (RGE), campo em que a fonoaudiologia e a psicanálise buscam discutir e propor novas formas de intervenção para estes casos. Parece ser este o sentido que Vorcaro (1999) imprime ao afirmar que:

Transformar o atendimento clínico em um campo de pesquisa convoca os profissionais a submeterem-se a cada caso clínico, fazendo dele um lugar de interrogação sobre as teorias e sobre sua transmissão. Mais do que isso, convoca os profissionais à convivência com campos disciplinares distintos, testemunhando as ocorrências, sustentando ou problematizando conceitos que lhe são correlativos e expondo-se à refutação. (pp.106-107)

Sendo assim, desenvolveu-se na Clínica de Fonoaudiologia da PUC-PR, no ano de 2001, um programa de acompanhamento e discussão do atendimento fonoaudiológico a bebês com doença de refluxo gastroesofágico, realizado por estagiários do último ano de graduação em Fonoaudiologia, sob responsabilidade da fonoaudióloga Ana Maria Barros Küster, idealizadora do projeto e que contou com a colaboração de uma psicanalista.

A intervenção fonoaudiológica junto a bebês exige do profissional um tipo especial de olhar e escuta sobre os aspectos da relação mãe-filho envolvidos em cada caso. Trata-se, portanto, de não apenas instrumentalizar o tratamento, mas também de considerar o momento fundamental de estruturação psíquica que o pequeno paciente atravessa. Desta maneira, busca-se uma forma de intervenção que não compartimentalize o bebê em especialidades diversas, mas que lance sobre ele um olhar unificador. Proposta possível a partir de um trabalho que inclua, tanto na reflexão, quanto na intervenção fonoterápica, um outro registro discursivo na compreensão da patologia.

Quando se pretende trabalhar sob a inspiração do referencial teórico da psicanálise em outras áreas do saber e da práxis clínica, faz-se necessário estabelecer em que esta episteme pode contribuir, tanto para a compreensão, como também para a condução do tratamento.

Seguindo o rastro do caminho trilhado pela fonoaudiologia desde seus primórdios, é possível observar os sucessivos apelos que este campo de atuação dirigiu a diversas áreas do saber. Como afirma Cunha (1997), a prática fonoaudiológica se constrói a partir de uma “clínica de empréstimos”, em que a medicina, a psicologia, a lingüística e a educação contribuem para a construção do edifício epistemológico desta área do conhecimento teórico-clínico.

No entanto, quando o apelo desta modalidade clínica se dirige à psicanálise, não se trata apenas de importar, absorver e transpor procedimentos às necessidades que se apresentam. O diálogo travado entre a fonoaudiologia e a psicanálise produz um efeito de corte, desde onde se pode operar sustentado em concepções que subvertem as práticas clássicas deste fazer clínico.

Tradicionalmente, as práticas fonoterápicas se sustentavam numa concepção de indivíduo como ser cognoscente e cognoscível, um ser “que contempla, observa e analisa os objetos por ele apropriados ao longo do seu desenvolvimento” como define Viera (1997, p. 63). Este sujeito das visões médico-organicistas tem no aparato fisiológico, tanto o lugar de sua origem, quanto nele estaria traçado o destino a seguir. Baseado nesta compreensão cartesiana do homem como ser consciente em si e de si mesmo, o objetivo terapêutico traçado costuma encaminhar a prática fonoterápica para uma erradicação do fator negativo, o sintoma, por meio de técnicas corretivas, que se dirigem a um esforço de remissão e ortopedia.

A interlocução entre fonoaudiologia e psicanálise exige, portanto, uma reflexão sobre a concepção de sujeito, noção esta que incide diretamente, tanto na posição do clínico diante de seu paciente, quanto na direção de seu tratamento.

A noção de sujeito em psicanálise

Basicamente, a psicanálise comparece a partir de sua particular concepção de sujeito e de como este se constrói, privilegiando o lugar da linguagem como

marco constituinte da subjetividade e reconhecendo no inconsciente seu ponto nevralgico. Desta forma, o modelo de um indivíduo pautado no caráter consciente de sua essência cede espaço a uma interrogação fundamental: como um sujeito nasce?

Para a psicanálise, a resposta não se localiza desde o discurso biológico. Isso que se denomina corpo ou indivíduo para a biologia é apenas lugar desde onde será possível constituir um sujeito. Neste sentido, compreende-se que nascer subjetivamente à vida é dar um passo para além do fisiológico, organizando-se num outro campo, numa outra ordem. Para que essa transformação ocorra, de um corpo nu para um corpo ou ser de linguagem, é necessário que alguém o introduza neste outro registro, lugar do discurso.

Verifica-se, de saída, então, que o laço com o outro é central já que, em virtude da “profunda prematuração específica do nascimento do homem” conforme Lacan (1998, p. 100), o que revela uma imaturidade neuronal predominante nos primeiros meses de vida, ao filhote humano não há outra alternativa senão aguardar e depois se submeter àquele que tomar para si os cuidados necessários para a sobrevivência do bebê, denominado de função materna. Segundo Checchinatto (1988), a função materna se situa em dois registros: o da necessidade e o do desejo. Ou seja, o laço de dependência entre mãe e filho deve se dar tanto no plano biológico, de cuidados essenciais corporais, como no plano simbólico, registro em que o pequeno ser também é prematuro. Conforme cita o autor: “prematuidade que leva a uma dependência de alguém que sirva de suporte simbólico para a criança” (ibidem, p. 40). É neste sentido que as necessidades do bebê serão sempre satisfeitas segundo o código simbólico da mãe, no qual esta oferece ao filho não apenas alimento, mas também palavras.

Sendo assim, a função materna assegura não apenas a satisfação de necessidades fisiológicas, mas também organiza este funcionamento interpretando suas reações. Como efeito, estas funções puramente biológicas passarão a operar a partir de um outro circuito: o pulsional. De acordo com Infante (2000), a incorporação simbólica do filho pela mãe, que interpreta seu grito como apelo será capaz de subverter o fisiológico, introduzindo-o no esquema da pulsão: comer/ser comido, chupar/ser chupado. Respirar, comer, regular a temperatura do corpo, funções exercidas pela mãe na gravidez através do cordão umbilical, agora

dependem de como a mãe toma o corpo de seu filho em seu espaço de desejo. De imediato, as conseqüências deste enlaçamento pulsional revelam-se, por exemplo, nas modificações do ritmo do sono, quando o bebê dorme mais e sonha mais, e na coordenação dos fluxos. Entre o estado de tensão e a descarga tensio-nal denunciada pelo grito do bebê, situa-se a mãe, que opera como agenciador do apaziguamento. Segundo Vorcaro (1997), o grito deve ser tomado pelo agente materno como signo de uma falta de apaziguamento, que será respondida pela mãe com sua presença confortadora.

Sabe-se, desde Freud, que este laço simbólico que amarra o pequenino ao seu outro primordial (a função materna) encontra na oralidade elementos fundamentais para seu estabelecimento. A boca é uma cavidade que denuncia o vazio vivido, e que, por isso, faz apelo em direção a quem possa preenchê-lo. Ao ser abocanhada em seu desejo de filho, a mãe se dá a sugar pela sua cria. Criador e criatura se locupletam neste momento em que um oferta aquilo que deseja receber: a mãe, que oferecendo seu seio, pede também para ser alimentada em seu desejo. Em outros termos: “O seio é aí parte interior do sujeito e não do corpo da mãe, está pendurado no corpo de quem suga, e não de quem é sugado, posto que nada diferencia, para a criança, a alteridade” (idem, *ibidem*, p. 74). A experiência de alimentação para o bebê, portanto, é a base de seu enraizamento corporal, operando uma passagem de *organismo* (pautado por determinações biológicas), a *corpo*, como marca do desejo materno.

Desta forma, a cavidade oral e o trato digestivo passam a exercer uma função que alcança, não só uma dimensão instrumental – isso que é próprio da fisiologia – como também passam a representar este laço inicial entre mãe e filho. Ambos se aprisionam numa estrutura em que um funciona a partir do funcionamento subjetivo do outro. Freud ([1915], 1972, p. 188), em uma nota de rodapé em seu texto “Três Ensaio”, confirma que: “após refletir mais e depois de levar em conta outras observações, fui levado a admitir a qualidade de erogeneidade a todas as partes do corpo e a todos os órgãos internos”.

Os distúrbios alimentares

Nos distúrbios alimentares em bebês, encontramos uma patologia que afeta aspectos funcionais na criança, principalmente no que se refere ao sugar e ao mamar. Para Bergès e Balbo (1997), o sugar é uma função que, como tal, está ligada ao real orgânico, mas que também vai depender daquele que ocupa o lugar de função materna para a criança. Toda função antecipa um funcionamento que se dará ou não, dependendo de como o outro simboliza esta função. Ou seja, é preciso que aquele que estiver na condição de função materna efetue uma espécie de identificação ao organismo da criança, pois só assim ela poderá interpretar suas necessidades e oferecer o que julga ser a satisfação para o pequeno corpo. Ao tentar apaziguar o biológico, a mãe vai organizando um outro campo, feito de palavras que acompanham os objetos de satisfação.

Winnicott (1997) é categórico ao afirmar que as dificuldades de alimentação do bebê se referem mais ao problema da mãe em ter de se adaptar às necessidades do bebê do que às inadequações bioquímicas.

Seguindo este raciocínio, observa-se então que, no refluxo gastroesofágico, a criança suga, mas não mama. Isto é, a função reflexa da sucção está presente; porém, o funcionamento sucção/deglutição apresenta dificuldades. A essas considerações, soma-se o comentário de Andrade (1996), de que por volta dos quatro meses o reflexo de sucção deve se tornar menos automático e mais voluntário.

Sendo assim, esta independência motora voluntária exigida a partir do abandono da fase totalmente reflexa da área orofaríngea é ponto central para que a alimentação se inscreva no laço mãe-filho de forma harmoniosa, como um funcionamento que se estabelece a dois. Se o RGE supõe uma dificuldade na passagem do reflexo oral ao comportamento voluntário e que esta passagem não depende apenas da maturação neurofisiológica do bebê, mas também da forma como a função materna pode operar simbolicamente com as questões alimentares do pequeno ser, torna-se pertinente refletir o peso que esta díade produz no estabelecimento e na organização da alimentação. Segundo Lima et alii (2000), as dificuldades alimentares mobilizam as mães sob a forma de preocupação, ansiedade e sensação de incompetência, “gerando desta forma um ciclo negativo na

relação mãe-bebê, ou seja, o bebê mama, ocorre o vômito e a mãe automaticamente lhe dá mais leite e novamente o refluxo aparece” (p. 129). É como se este aspecto – o da alimentação/amamentação – surgisse para a mãe como um ponto cego onde permanece impossibilitada de manejar subjetivamente estas questões. É como se o pequenino estivesse sendo nutrido, mas não alimentado, onde a boca permanece ainda apenas como orifício de entrada, passagem e saída (no caso do RGE) de alimento.

Ou seja, nas relações iniciais entre a mãe e seu bebê, aquela é geralmente tomada como provedora insaciável de satisfação, dando a ilusão de que nesse jogo quem comanda é o pequeno ser – basta chorar para ser satisfeito em sua necessidade. Há um momento fundamental, porém, quando esse jogo se inverte e se revela em sua verdade: é da mãe e exclusivamente dela que depende o acesso da criança aos objetos de satisfação. É, portanto, no lugar de potência decisória que a mãe inscreve na relação sua função de marcar uma alternância entre sua presença e ausência ante o apelo do filho por apaziguamento. O oferecimento de satisfação não depende mais apenas do objeto em si – como, por exemplo, uma quantidade específica de leite para saciar a fome – mas, sim, daquele que vai responder ao chamado no sentido de quando e como fará isso. Ao bebê, então, não resta saída a não ser reconhecer que esta onipotência materna marca nele um intervalo entre seu apelo e uma possível satisfação, falta esta com a qual o pequenino terá de lidar. Sendo assim, não é mais o apelo que indica e determina a presença e ausência da mãe, mas sim seu próprio desejo.

Lacan (1956) nomeia esta passagem como a operação de *frustração*, noção esta que, segundo o autor, refere-se sempre a um dano, onde se trata de “algo que é desejado e não obtido, domínio das exigências desenfreadas e sem lei” ([1956], 1995, p. 36). A partir deste raciocínio, tem-se que uma das operações fundamentais a ser desempenhada pelo agente materno é a de frustração, na medida em que é isto que permite que este organismo biológico passe, não mais a funcionar como sistema autônomo e reflexo, mas se submeta a uma ordem terceira reguladora dos laços humanos, o simbólico. A partir de agora, os objetos ofertados não mais pertencem só ao estatuto da necessidade, mas assumem uma condição de objetos de amor. Sobre esse objeto parcial (o seio) au-

sente é que se pode introduzir as palavras, submetendo esta zona erógena, a oral, à linguagem. Vale lembrar que, no caminho oposto, ou seja, para a criança, a palavra, o olhar e o gesto da mãe acabam se tornando objetos de necessidade.

Rohenkohl e Gonçalves (2000) discutem que em alguns casos de bebês portadores de RGE “a mãe não pode desligar, está vigilante, e mais ainda, seu bebê também” (p. 28). Se, como já foi dito, o processo de constituição subjetiva se sustenta no laço entre mãe e filho, e que a oralidade é um dos aspectos privilegiados na montagem desta díade, o que acontece quando uma patologia se instala justamente aí?

Poder-se-ia supor que estas mães, neste ponto preciso da alimentação, operam com seus bebês à margem da frustração? Sendo assim, o que estaria impedindo que neste laço a problemática da oralidade/alimentação alcance um estatuto mais simbólico e menos reflexo? Se, do reflexo só encontramos refluxo, este parece ser, por enquanto, o único dispositivo possível ao pequenino para dizer que há algo neste circuito que ainda não fez borda, não estabeleceu limite entre o que é do fisiológico e o que é subjetivo.

A atuação do fonoaudiólogo

Sendo assim, os procedimentos de intervenção, como o do fonoaudiólogo, devem considerar, não só o que é da funcionalidade instrumental de um órgão ou sistema, mas também reconhecer as marcas subjetivas que já pesam no processo, isso que é próprio da estrutura que se arma na particularidade de cada par mãe-bebê.

Em seu artigo sobre RGE, Meira (1997/98) relata que a intervenção do fonoaudiólogo nestes casos suscita um questionamento sobre o lugar deste na direção de tratamento em função das queixas trazidas pela família. Segundo a autora, mais do que se preocupar com exercícios e técnicas de manipulação mais adequados, é fundamental observar que no RGE se estabelece um binômio alimentação-desprazer, em que a hora da refeição, para toda a família e não só para o paciente, torna-se um verdadeiro campo de batalha.

Outro aspecto que abala esta díade se revela no fato de que em função desta patologia existem alguns cuidados necessários, como, por exemplo, segurar

e carregar o bebê. Supõe-se na mãe um saber sobre como segurar seu filho, mas não sobre como carregar um bebê portador de RGE. Diante deste desconhecimento que a doença produz, ela se vê obrigada a recorrer ao saber instrumental de um profissional para desempenhar uma função que lhe é particular e estrutural. Orientações que, ao serem transmitidas, produzam um efeito de acréscimo ao já sabido e não de anulação, fazendo com que se mantenha ou se construa um olhar unificador do agente materno sobre este ser. Não é raro encontrar mães que, diante de uma patologia, não conseguem mais nem olhar nem manipular este bebê de forma espontânea e integradora, mas escorregam para uma fragmentação escópica, em que o foco de convergência se dirige mais para a região do corpo afetada do que para o ser na sua totalidade.

Ao negar este aspecto, o profissional corre o risco de operar na eficácia orgânica ao risco do fracasso subjetivo. Como afirma Groisman e Jerusalinsky (1989), o fonoaudiólogo deve sempre trabalhar na redundância, ou seja, operar no seu campo duas vezes: pelo lado da técnica, isto é, a recuperação ou a instalação de uma função, e pelo lado estrutural, a saber, a reflexão, o reconhecimento e até mesmo a instalação da função do sujeito.

Um dos resultados alcançados a partir das discussões mantidas no âmbito interdisciplinar (fonoaudiologia e psicanálise) foi o de redimensionar a clínica fonoaudiológica, na qual o profissional se posiciona diferentemente ante seu paciente e o trabalho a ser realizado, sem, no entanto, perder sua especificidade, tanto epistemológica quanto clínica.

Mariotto (2001) recorre a Fonseca, que define como “clínica de efeitos” esta prática que “acentua o caráter de interrogante que o discurso do paciente deve produzir no terapeuta, abandonando a concepção de uma intervenção de precisão cirúrgica onde um agente (o profissional) intervém num corpo passivo (o paciente)” (p. 73).

Permanece aqui a aposta de futuras e necessárias reflexões para as equipes que atuam de forma interdisciplinar envolvidas com as questões dos distúrbios alimentares em bebês, principalmente no âmbito clínico e hospitalar.

Resumo

O presente artigo procura discutir os distúrbios alimentares em bebês, em especial a doença do refluxo gastroesofágico, articulando a noção de sujeito para a Psicanálise e a importância da oralidade no estabelecimento do laço mãe e bebê, principalmente no que se refere à experiência de frustração. Propõe uma modalidade de compreensão deste distúrbio, bem como uma reflexão sobre os efeitos da intervenção do fonoaudiólogo nestes casos.

Palavras-chave: *psicanálise; refluxo gastroesofágico; sujeito; frustração; intervenção fonoaudiológica.*

Abstract

This article intends to discuss about the eating disturbances of babies, especially the Gastroesophageal Reflux Disease, expressing the conception of subject in psychoanalysis and the importance of verbalization in the establishment of the mother-baby bond, particularly when it refers to frustration. It proposes a style of understanding of this disturbance and also reflects on the effects of the intervention of the fonoaudiologist in these cases.

Key-words: *psychoanalysis; gastroesophageal reflux; subject; frustration; fonoaudiologic intervention.*

Resumen

El presente artículo trata de discutir los distúrbios alimentares en bebés, en especial la enfermedad de refluxo gastroesofágico, articulando la noción de sujeto en Psicoanálisis con la importancia de la oralidad para el establecimiento del vínculo madre bebe, principalmente en lo que respecta a la experiencia de frustración. Propone una modalidad de comprensión de este distúrbio, así como una reflexión sobre los efectos de la intervención del fonoaudiólogo en estos casos.

Palabras clave: *psicoanálisis; reflujo gastroesofágico; sujeto; frustración; intervención fonoaudiológica.*

Referências

- ANDRADE, C. L. F. (1996). *Fonoaudiologia em berçário normal e de risco – atualidade em fonoaudiologia*. São Paulo, Lovise.
- BERGÈS, J. e BALBO, G. (1997). *A criança e a psicanálise: novas perspectivas*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- CHECCHINATO, D. (coord.) (1988). *A clínica da psicose*. Campinas, Papirus.
- CUNHA, M. C. (1997). *Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território*. São Paulo, Plexus.
- FREUD, S. ([1915], 1972). “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”. In: *Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud*, vol. 7. Rio de Janeiro, Imago.
- GROISMAN M. e JERUSALINSKY, A. (1989). “A terapêutica da linguagem: entre a voz e o significante”. In: *Psicanálise e desenvolvimento infantil*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- INFANTE, D. P. (2000). As contribuições do esquema ótico proposto por Lacan. *Psicanálise e Clínica de Bebês*, 4, p. 63.
- KÜSTER, A. M. B. (2001). *PAPA – Projeto de Atenção Preventiva na Alimentação: o papa, ato de se alimentar, como constituinte do sujeito*. PUC-PR (mimeo)
- LACAN, J. (1998). “O estádio do espelho como formador da função do eu”. In: *Escritos*. Rio de Janeiro, Zahar.
- ____ ([1956], 1995). *O seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro, Zahar.
- LIMA, R.; CHAVES, A.; AMORIN, D.; KÜSTER, A. M. B. e MARIOTTO, R. M. M. (2000). Alimentação: material para o sonho. *Psicanálise e Clínica de Bebês*, 4, p. 129.
- MARIOTTO, R. M. M. (2001). *Fonoaudiologia e psicanálise: do que é possível no impossível da clínica terapêutica da linguagem*. Dissertação de mestrado. Curitiba, UTP.
- MEIRA, R. R. S. (1997/98). Refluxo gastroesofágico: uma demanda da clínica pediátrica e a intervenção da fonoaudiologia. *Tópicos em fonoaudiologia*, Cefac. São Paulo.

- ROHENKOHL, C. M. e GONÇALVES, D. (2000). Algumas vicissitudes na operação de frustração a partir de um bebê portador de refluxo. *Psicanálise e clínica de bebês*, 4, p.28.
- VIEIRA, C. H. (1997). O sujeito entre a língua e a linguagem. *Série Linguagem*, São Paulo, Lovise, p. 63.
- VORCARO, A. M. R. (1997). *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro, Cia. de Freud.
- _____(1999). *Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro, Cia. de Freud.
- WINNICOTT, D. W. (1997). *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Recebido em maio/02; aprovado em junho/02.