

Olha o aviãozinho! A relação mãe e bebê com dificuldades alimentares¹

Patrícia Wolff Müller
Angela Helena Marin
Tagma Marina Schneider Donelli

Resumo: O objetivo deste estudo foi compreender como se caracteriza a relação mãe e bebê, frente às dificuldades alimentares da criança. Utilizou-se o delineamento de estudo de casos múltiplos com três mães adultas e seus bebês de sete a oito meses, que tinham dificuldades alimentares, constatado pelo *Symptom Check-List*. Também foram utilizados: Ficha de Dados Clínicos e de Dados Sociodemográficos; M.I.N.I. – Plus, para identificar critérios de exclusão; Entrevista sobre a Experiência da Maternidade, e *Interaction Assessment Procedure*. Analisou-se a experiência de ser mãe, aleitamento materno, a transição dos alimentos líquidos para sólidos, as dificuldades em relação à alimentação e a relação mãe-bebê. Os resultados apontaram que a introdução da alimentação complementar pode ser sentida como uma interferência na interação mãe-bebê, representando o fim da amamentação e apontando a necessidade de ajustes na relação da dupla.

Palavras-chave: alimentação infantil; relação mãe-bebê; dificuldades alimentares.

Look at the airplane! The relation between mother and infant with feeding difficulties

Abstract: The objective of this study was understanding how the relationship between mother and baby features itself, facing the child feeding difficulties. The study design of multiple cases was used with three adult mothers and their babies seven to eight months, they had feeding difficulties, found with the Symptom Check List. Were also used: Clinical data sheet and Sociodemographic data; M.I.N.I. – Plus, to identify exclusion criteria; Interview about the experience of motherhood and Interaction Assessment Procedure. It was analyzed the experience of being a mother, breastfeeding, the transition from liquid to solid food, the difficulties in relation to food and the mother-infant relationship. The results showed that the introduction of complementary foods can be felt as an interference in the mother-infant interaction, representing the end of breastfeeding and indicates the need for adjustments in respect of the pair.

Keywords: infant feeding; mother-baby relationship; feeding difficulties.

Introdução

As práticas alimentares são originárias de conhecimentos, vivências e experiências construídas a partir das condições de vida, das redes sociais, da cultura e do saber científico de cada época (Rotenberg & De Vargas, 2004). Segundo Carvalho, Lima e Martins (2013a), a alimentação é um dos cuidados fundamentais com o bebê, e as primeiras experiências alimentares são organizadoras da estruturação da personalidade do sujeito em formação.

¹ Artigo oriundo da dissertação de mestrado “A Relação Mãe-Bebê com Dificuldades Alimentares”, defendida em 22 de Agosto de 2014 na Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

A alimentação da criança, a partir do nascimento até os seis meses de idade, deveria ser feita, preferencialmente, através do leite materno. O aleitamento materno é o primeiro contato que mãe e filho estabelecem em relação à alimentação, a partir do qual também há troca de carinho (Winnicott, 1965/1982), fundamental para estimular o desenvolvimento emocional e físico da criança (Brazelton, 2002). Portanto, a alimentação diz respeito à relação da mãe com o seu filho, em que se põe em prática o sentimento de amor. A alimentação complementar deveria ser oferecida apenas após esse período, respeitando o apetite da criança, e é comum que ela rejeite as primeiras ofertas de alimentos, pois tudo é novo: a colher, a consistência e o sabor dos alimentos (Brasil, 2010).

Fatores como desconhecimento do comportamento da criança durante a alimentação e a dificuldade para diferenciar o desconforto sentido por ela em decorrência da sensação de fome e de saciedade, por exemplo, podem fazer com que mães/pais interfiram no autocontrole da criança pela demanda por alimentos. Geralmente, há uma expectativa maior sobre a quantidade de alimentos que as crianças necessitam comer, havendo assim maior oferta de alimento do que a sua capacidade gástrica, resultando na recusa de parte da alimentação, o que pode causar ansiedade nas mães/pais ou cuidadores (Brasil, 2010).

Nesse sentido, a experiência de alimentar o bebê pode ser gratificante, quando reforça positivamente o papel de cuidador, ou ansiogênica e frustrante quando há recusa alimentar. Somada a isso pode haver a associação com sentimentos de insuficiência da capacidade de cuidar, que podem levar a baixa da autoestima e a atitudes que podem agravar as dificuldades da criança (Gonçalves & Rodrigues, 1998). Assim, constata-se que o ato de alimentar tem alta carga emocional para a mãe, cuja responsabilidade, aos olhos da família, da sociedade e da cultura, é garantir o crescimento e o bem-estar de seu bebê.

A relação de alimentação entre a mãe e o bebê é influenciada, desde os primeiros momentos de vida, tanto por fatores fisiológicos como por questões interacionais (Ramsay, 2011). Perosa, Carvalhaes, Benício e Silveira (2011) consideram que alimentar uma criança é um processo altamente interativo, que depende das habilidades e das características de ambos os parceiros, sendo que o sucesso alimentar pode estar associado às condições contextuais, à responsividade materna, mas também ao apetite e à flexibilidade da criança. Uma tendência a enfatizar o problema alimentar da criança e minimizar as dificuldades de relacionamento na hora da refeição foram apontadas por De Brito e Mettel (1986). Os autores indicaram que os adultos que orientavam as crianças na hora da refeição estavam tão preocupados em fazê-las comer que a impediam de criar seus próprios hábitos alimentares e de se tornarem independentes.

A prevalência das perturbações alimentares tem aumentado e a idade de início vem diminuindo (Pinheiro, 2011). Por exemplo, no estudo de Nicholls e Bryant-Waugh (2009), 50% dos pais relataram um problema alimentar e mais de 20% reportaram múltiplos problemas em crianças com idade entre nove meses e sete anos. O primeiro indício de alterações da conduta alimentar e sinais de comportamentos alimentares mal adaptados tende a ocorrer ainda na primeira infância. Estas dificuldades podem ser caracterizadas por flutuações do apetite, transitórias e relacionadas com acontecimentos leves, como alterações no cotidiano ou no ambiente, até situações de recusa alimentar graves que podem pôr em risco a vida da criança (Pinheiro, 2011).

Assim, as dificuldades alimentares podem ser definidas como aquelas que implicam em alterações tanto na quantidade quanto na qualidade da alimentação, além de dificuldades com tipos específicos de alimentos, que são introduzidos ao longo do primeiro ano de vida (Pinto, 2004). Para Nicholls e Bryant-Waugh (2009), as dificuldades alimentares podem surgir em crianças com desenvolvimento normal, mas também naquelas com algum tipo de condição médica crônica ou com transtornos no desenvolvimento. As causas podem ser múltiplas, mas tem havido um esforço a fim de classificar as dificuldades de alimentação que surgem, principalmente, de dificuldades psicológicas e relacionais e não como resultado de problemas orgânicos ou de desenvolvimento.

A alimentação é a via primordial de troca e comunicação entre a criança e seus cuidadores e as dificuldades existentes na relação mãe-bebê facilmente desenvolvem sintomas ligados à esfera alimentar. Por isso, quando as operações materna e paterna funcionam de maneira estruturante para o bebê, o esperado será que as trocas alimentares e todos os demais processos de troca se deem de uma forma que não gerem fixações patológicas (Carvalho, Lima, & Martins, 2013a). Além disso, segundo os autores há uma estreita ligação entre alimentação, oralidade e psicogênese, pois é por meio da relação entre a mãe e a criança que a estrutura psíquica da criança começa a se constituir. Pode-se pensar, portanto, que dificuldades alimentares na infância podem denunciar aspectos falhos na constituição psíquica da criança ou dificuldades no cumprimento da função materna.

Diante do exposto, destaca-se que é importante abordar o tema da alimentação do bebê na perspectiva relacional, indo além do aspecto nutricional, pois a introdução ou retirada de qualquer modalidade alimentar, embora dependa de condições orgânicas do bebê, relaciona-se aos tempos alimentares determinados na relação deste com sua mãe e merece investigação (Vendruscolo, Bolzan, Crestani, Souza, & de Moraes, 2012). Além disso, Souza e Callia (2013) reforçam a ideia da importância e pertinência de intervenções na faixa etária de zero a três anos, reconhecendo no sintoma um pedido de ajuda que se expressa através de manifestações iniciais relativas a funções vitais como comer. Sendo assim, a detecção precoce de problemas na primeira infância e a consequente dificuldade no seu diagnóstico revela um campo de pesquisa ainda pouco explorado. Entende-se que as dificuldades alimentares apresentadas pelo bebê sejam manifestações importantes da primeira infância e podem estar relacionadas ao modo como se dá a relação mãe/bebê. Assim, o presente estudo tem por objetivo compreender como se caracteriza a relação mãe e bebê, frente às dificuldades alimentares da criança.

Método

O presente estudo faz parte de uma pesquisa maior, denominada de *Sintomas Psicofuncionais em Bebês: Mapeamento e Avaliação*, coordenada pela Prof^a Dr^a Daniela Centenaro Levandowski, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), com a colaboração das pesquisadoras Prof^a Dr^a Giana Bitencourt Frizzo e Prof^a Dr^a Rita de Cássia Sobreira Lopes, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e Prof^a Dr^a Tagma Marina Schneider Donelli e Prof^a Dr^a Angela Helena Marin, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS),

e conduzida com apoio financeiro da Chamada Universal 14/2012, do CNPq. Esta pesquisa tem por objetivo identificar sintomas psicofuncionais em bebês de seis a doze meses de idade, atendidos em instituições de educação e/ou saúde pública, bem como avaliar aspectos emocionais, desenvolvimentais e comportamentais de díades mãe-bebê, cujos bebês apresentem algum tipo de sintoma psicofuncional. Neste estudo maior, entende-se por sintoma psicofuncional as manifestações somáticas e do comportamento da criança, sem causa orgânica, que pertencem a uma categoria definida como sintomas sem explicação médica e que podem se manifestar ao longo de toda a vida (Imran, Aní, Mahmood, Hassane, & Bhatti, 2014; Pinto, 2004). Na primeira infância, os sintomas psicofuncionais são entendidos como indicadores de problemas, passageiros ou persistentes, ao nível das trocas interacionais entre pais e bebês. As áreas comumente afetadas são sono, alimentação, eliminação e respiração. Por isso fala-se em patologia funcional (Pinto, 2004; Kreisler, 1978; Mazet & Stoleru, 1990; Robert-Tissot *et al.*, 1989).

No presente estudo, oriundo do projeto maior, utilizou-se uma abordagem qualitativa, de caráter descritivo, empregando estudo de casos múltiplos (Yin, 2005). Nesse tipo de estudo investiga-se empiricamente um fenômeno em profundidade, especialmente quando não há clareza dos limites entre fenômeno-contexto.

A pesquisa maior foi submetida e aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (Protocolo CEP/UFSPA – N° 14/2012), respeitando todos os procedimentos éticos para Pesquisa em Psicologia com Seres Humanos contidos na Resolução n° 016/2000, do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do Conselho Nacional de Saúde, Resolução n° 466/2012.

As duplas foram selecionadas por conveniência e as coletas realizadas pela pesquisadora. Após explanação dos objetivos da pesquisa e concordância em participar, as mães assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Os encontros foram gravados em áudio e vídeo e transcritos literalmente, sob a autorização das participantes.

Na primeira etapa do estudo maior, foram utilizados os seguintes instrumentos, a fim de identificar os participantes elegíveis para este estudo derivado:

a) *Ficha de Dados Clínicos*, abrangendo perguntas sobre a gestação, período pós-parto e dados acerca da saúde do bebê e da família.

b) *Ficha de Dados Sociodemográficos*, contendo questões sobre o bebê e sua família, tais como escolaridade e ocupação dos pais, descrição da moradia (para classificação do nível socioeconômico), ordem de nascimento do bebê, histórico de doenças e internação, tipo de parto, entre outros.

c) *Mini Mental Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I. – Plus), elaborado por Sheehan *et al.*, (1998) e traduzido por Amorim (2000), que consiste em uma entrevista diagnóstica padronizada breve, que explora 17 transtornos psiquiátricos do Eixo I do DSM-IV (Associação Psiquiátrica Americana, 2002), além do risco de suicídio e do transtorno de personalidade antissocial. Também permite identificar participantes *borderline*, com regressão psicótica e com ansiedade de separação. É um instrumento que se destina ao uso na prática clínica e em pesquisa, como instrumento de seleção de participantes. Nesse estudo, esse instrumento foi utilizado para excluir a participação

de mães que apresentavam indicadores relacionados ao risco de suicídio, transtornos de personalidade *borderline* e antissocial e com regressão psicótica.

d) *Questionário “Symptom Check-List” – Avaliação dos Transtornos Psicofuncionais da Primeira Infância*, elaborado por Robert-Tissot *et al.*, (1989), que ainda não está validado no Brasil, mas foi traduzido pela Profª Drª Elizabeth Batista Pinto Wiese e revisado pela Profª Drª Jaqueline Wendland, podendo ser utilizado mediante autorização da tradutora e da revisora, conforme contatos efetuados. Trata-se de um questionário para avaliação quantitativa e qualitativa dos transtornos psicofuncionais de crianças com idades entre seis semanas e 30 meses de vida.

Os bebês que tiveram maior pontuação na área da alimentação identificados a partir do Questionário *Symptom Check-List* (Robert-Tissot *et al.*, 1989) e cujas mães não apresentaram indicadores de psicopatologia grave, como risco de suicídio, transtornos de personalidade *borderline* ou antissocial, regressão psicótica e abuso de substâncias químicas, segundo o M.I.N.I. – Plus (Sheehan *et al.*, 1998), participaram do segundo momento do estudo em que foi assinada a nova versão do TCLE. Nesta etapa, os instrumentos utilizados foram:

a) *Entrevista sobre a Experiência da Maternidade* (versão adaptada de GIDEP/NUDIF, 2008), que investiga diversos aspectos da experiência da maternidade, tais como eventos de vida estressores, relação da mãe com os próprios genitores, história da gestação, parto e primeiro ano de vida do bebê, expectativas sobre o bebê e a maternidade, entre outros.

b) *Interaction Assessment Procedure* (IAP) (Wiese & Leenders, 2006), que é um procedimento padronizado de observação, baseado no KIA Profil (Stern, Robert-Tissot, Muralt, & Cramer, 1989), que objetiva a avaliação quantitativa e qualitativa da interação pais-bebê através das categorias sensibilidade, estruturação, não intrusividade e não hostilidade, para avaliar o comportamento da mãe, e responsividade e envolvimento, para avaliar o comportamento do bebê. Para cada um desses itens, o observador deve assinalar, em uma escala do tipo Likert, variando de inexistente a excelente, a opção que melhor representa os comportamentos observados em cada um dos parceiros e da díade ao longo de, aproximadamente, 30 minutos.

A aplicação das entrevistas e dos instrumentos foi realizada pela primeira autora, no domicílio da família ou em local combinado, conforme a disponibilidade dos participantes.

Participaram deste estudo três duplas mãe-bebê, selecionadas por conveniência na primeira etapa do estudo maior referido, na qual se realizou um mapeamento da presença ou não de sintomas psicofuncionais em bebês. Foram selecionadas as duplas cujos bebês obtiveram escore mais alto no Questionário *Symptom Check List* (Robert-Tissot *et al.*, 1989) no quesito alimentação. Este questionário foi utilizado para verificar a frequência, duração e intensidade de problemas que afetam as funções corporais (sono, alimentação, digestão, respiração, pele e alergias), o comportamento (birras, negativismo, crises de choro, e agressão), os medos e problemas de separação da criança. Cada área é investigada a partir de perguntas abertas (descrições do problema, a história do problema, a intervenção parental, entre outras) e de questões objetivas, passíveis de serem mensuradas. Essa avaliação reflete as percepções da mãe sobre as dificuldades da

criança, e refere-se às quatro semanas anteriores à aplicação. De um total máximo de 35 pontos que podem ser alcançados na área da alimentação, os participantes obtiveram uma média de 15 pontos.

Os participantes que preencheram os seguintes critérios de inclusão: (a) para os bebês: ter idade entre seis e doze meses de vida e apresentar dificuldades na área da alimentação, identificado a partir do Questionário *Symptom Check-List* (Robert-Tissot *et al.*, 1989); (b) para as mães: ter idade acima de 18 anos. Quanto aos critérios de exclusão, foram adotados os seguintes: (a) para os bebês: apresentar malformações, síndromes e problemas neurológicos e ausência de dificuldades na área da alimentação; (b) para as mães: presença de retardo mental (observado a partir do contato com elas) e outros quadros psicopatológicos severos, tais como esquizofrenia, transtorno de personalidade *borderline* ou antissocial, regressão psicótica, risco de suicídio e abuso de substâncias químicas, identificados a partir da aplicação do M.I.N.I. – Plus (Sheehan *et al.*, 1998). Demais informações sobre as duplas constam na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes.²

Dados	Mãe Carolina Bebê Larissa	Mãe Marina Bebê Gustavo	Mãe Clarissa Bebê Heloísa
Idade da Mãe	33	32	34
Idade do Bebê	07 meses	07 meses	06 meses
Ocupação da Mãe	Dona de Casa	Autônoma	Gerente
Tempo casamento	5 anos	3 anos	5 anos
Pontuação – alimentação no Symptom Check-List	17 Pontos	15 Pontos	13 Pontos
Cuidadores	Mãe e avó materna	Mãe e avós maternos e paternos	Mãe, avós maternos e paternos e escola

Fonte: dados da pesquisa.

Para a análise dos dados, utilizou-se a proposta de estudo de casos múltiplos de Yin (2005). Os casos foram construídos de forma individual, integrando os resultados derivados dos instrumentos. A Ficha de Dados Clínicos e a Ficha de Dados Sociodemográficos foram utilizadas para complementar o entendimento de cada caso. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo qualitativa. Já a análise do *Interaction Assessment Procedure* – IAP (Wiese & Leenders, 2006) foi realizada por dois juízes, adotando-se o procedimento de consenso e recorrendo-se a um terceiro avaliador quando não havia concordância. Após a análise de cada instrumento, os casos foram contextualizados e organizados a partir de quatro eixos temáticos: 1) a experiência de ser mãe, 2) as primeiras experiências com a alimentação, 3) a transição dos alimentos líquidos para sólidos, 4) as dificuldades em relação à alimentação e 4) a relação mãe-bebê. Por fim, foi realizada a síntese de casos cruzados (Yin, 2005).

² Todos os nomes utilizados neste trabalho são fictícios.

Resultados e discussão

Para fins deste estudo, será apresentada somente a Síntese dos Casos Cruzados, privilegiando a análise dos aspectos comuns e divergentes em cada um dos eixos de análise para cada caso. Os nomes dos participantes, bem como as informações que possibilitassem a sua identificação, foram modificados a fim de preservar sua privacidade.

Síntese dos casos cruzados

O primeiro caso analisado é o de Larissa, uma bebê de seis meses, filha única de Carolina, de 33 anos, e Miguel, de 51 anos. Larissa apresentou, segundo o *Symptom Check-List* (Robert-Tissot *et al.*, 1989), 17 pontos nas questões que avaliam a área da alimentação. A mãe, Carolina, possui um relacionamento bem próximo com sua própria mãe; já o pai é considerado uma pessoa mais fechada, porém possuem um bom relacionamento. Carolina e Miguel estavam juntos há quatro anos quando ocorreu a gravidez de Larissa. Esta foi desejada e descoberta com cinco semanas. A gestação foi muito festejada pela família e transcorreu sem intercorrências. Entretanto, Larissa nasceu de uma cesárea de urgência, com 37 semanas, por sofrimento fetal, e ficou internada por sete dias na UTI Neonatal. A mãe e avó materna são os principais cuidadores.

O segundo caso analisado é o de Gustavo, um bebê de sete meses, filho único de Marina, de 32 anos, e João, de 33 anos. Gustavo obteve um escore de 15 pontos segundo o *Symptom Check-List* (Robert-Tissot *et al.*, 1989), nas questões que avaliam a área da alimentação. Gustavo nasceu de 37 semanas, através de uma cesárea, num hospital privado. Durante a gravidez, a mãe teve internação hospitalar por hiperêmese e utilizou medicação para evitar parto prematuro. No entanto, não referiu nada sobre isso durante as entrevistas, tendo sido esta informação obtida através da Ficha de Dados Clínicos. A gravidez foi planejada pelo casal, mas a mãe se surpreendeu com a notícia por achar que demoraria para conceber, tal como aconteceu com sua própria mãe. Apesar de não estarem esperando o bebê para tão logo, Marina avalia que foi bom engravidar naquele momento, mas a gestação foi difícil, principalmente até os quatro meses, pois se sentia muito sensível, estressada, passava mal e vomitava. No momento da pesquisa, as avós materna e paterna e a mãe eram as principais cuidadoras.

E o terceiro caso é o de Heloísa, uma bebê de seis meses, filha única de Clarissa, de 34 anos, e Pedro, de 33 anos. Heloísa apresentou, segundo o *Symptom Check-List* (Robert-Tissot *et al.*, 1989), 13 pontos na área da alimentação. Sua mãe, Clarissa, é a mais nova de três filhas. Seu relacionamento com o pai é distante. Tem como modelo de mãe a sua avó materna e sua irmã mais velha, que são as pessoas que cuidaram dela na infância porque os pais trabalhavam. Clarissa fica um pouco confusa quando fala do envolvimento com a família, além de não ter muitas lembranças da sua infância. A gravidez de Heloísa foi muito desejada. O casal iniciou as tentativas de engravidar seis meses antes. Clarissa se sentia frustrada por não conseguir engravidar e achava que podia ter algum tipo de problema. Foi então que descobriu uma infecção uterina. Fez o tratamento e engravidou. Heloísa nasceu com 40 semanas. A mãe queria parto normal, mas foi cesárea.

Em relação às características das mães, percebeu-se que elas possuíam atributos em comum, assim como seus bebês. As mães eram filhas mais novas de seus pais, estavam na mesma faixa etária, casadas e relataram que a gravidez foi planejada, mas que ocorreu mais rápido do que esperavam. Todas tiveram parto cesáreo e se envolviam nas atividades de rotina do bebê como banho, comida, sono. Quanto aos bebês percebeu-se que dois deles (Gustavo e Larissa) nasceram com o mesmo tempo gestacional: 37 semanas. Os principais cuidadores eram os avós e a mãe e apresentaram dificuldade e rejeição a alimentos novos.

Sobre a *experiência de ser mãe*, pôde-se perceber que as mães dos três casos viam a nova vivência como positiva e relataram mudanças no seu modo de ser. Em relação às expectativas sobre seus bebês e a maternidade, todas as mães referiram nutrir por seus bebês algum tipo de anseio ou expectativa. Duas mães (Carolina e Marina) disseram que as expectativas alimentadas na gestação não se confirmaram após o nascimento do bebê, referindo experiências melhores do que as expectativas que tinham. Já Clarissa imaginava que tudo sairia bem após o nascimento de Heloísa, mas frustrou-se com a experiência da amamentação. As repercussões dessas expectativas podem ser tanto positivas quanto negativas para o psiquismo do bebê e para a relação entre mãe-bebê. Os aspectos positivos envolvem, principalmente, a necessidade de que o bebê seja investido de desejos e fantasias por parte da mãe para começar a existir enquanto sujeito. As palavras e a construção da imagem do filho irão preparar o espaço do bebê e fará parte da relação após o nascimento (Piccinini, Gomes, Moreira, & Lopes, 2004).

Para Marina e Clarissa, a gravidez e a experiência de ser mãe lhes deram oportunidade de reconstruir a sua história como filha e de estabelecer a sua própria identidade como mãe. Carolina parece ser a única que não tinha pretensão de construir um modelo diferente de mãe, pois referiu: *“Ah eu me espelho muito na minha mãe porque eu e ela somos muito grudadas, sabe? Eu quero ver a Larissa futuramente comigo que nem eu sou com a mãe”*. Zornig (2010) apontou que o relacionamento com a própria mãe serve de base para os afetos ambivalentes que marcam a relação entre mãe-bebê, pois ao mesmo tempo em que o nascimento de um filho traz consigo expectativas de que ele possa reparar falhas da história parental, faz também com que os fantasmas edípicos sejam reativados. Portanto, a relação da mulher com sua mãe é fator determinante para o exercício da maternidade e por mais que seja sucedida pelas relações da menina com o pai, as reproduções relativas a essa primeira forma de relação objetal deixam marcas (Carvalho, Lima, & Martins, 2013a).

Quanto às *primeiras experiências com a alimentação*, verificou-se que as mães ainda amamentavam, com exceção de Marina, que fez o desmame de Gustavo aos sete meses porque ele vomitava e passou a perder peso. Até essa época, ele só se alimentava com o leite materno. Marina referiu que no início considerava a amamentação exaustiva, mas com o tempo passou a sentir que era um momento no qual se dedicava totalmente ao filho. Carolina não referiu dificuldades nesse sentido, apesar de sua filha ter permanecido no hospital após o nascimento por ter tido problemas respiratórios em decorrência da aspiração de mecônio ao nascer. Já Clarissa teve muita dificuldade no primeiro mês de vida da filha. Ao lembrar-se desse período, refere que foram momentos de muita tensão, mas persistiu, e com a consultoria de uma fonoaudióloga, conseguiu amamentar Heloísa.

Szejer e Stewart (1997) referem que mesmo quando o desejo de amamentar está presente, podem surgir dificuldades, pois não é uma tarefa fácil, é um treinamento recíproco que pode exigir um tempo até funcionar e para isso é necessário que tanto a mãe quanto seu bebê estabeleçam essa relação. Nesse sentido, o apoio de um terceiro pode ser fundamental.

O terceiro eixo analisado se refere à *transição dos alimentos líquidos para sólidos* e, nesse aspecto, todos os bebês apresentaram dificuldade devido à rejeição aos novos alimentos. Carolina referiu que a refeição de Larissa durava em torno de dez minutos, por comer apenas cinco colheradas de comida, mesmo que essa fosse apresentada triturada ou em forma de papinha. A família se envolvia com estratégias para incentivar a menina a comer mais, mas isso não gerava o resultado esperado. Em relação a Gustavo, ele rejeitava a comida e o suco, fazendo caretas, mas com o tempo, acabava aceitando e comendo tudo o que era oferecido.

Monte e Giugliani (2004) referem que, em média, a criança precisa ser exposta a um novo alimento de oito a 10 vezes para que o aceite bem. Ao mesmo tempo, consideram importante o modo de preparo e apresentação dos alimentos, pois a consistência inadequada pode comprometer a ingestão correta dos nutrientes.

Heloísa, por sua vez, passou a ter cólicas e constipação desde que iniciou a alimentação complementar. A mãe observa que a menina não come toda refeição, mas que aceita todo o tipo de alimento e suas refeições e mamadas são mais longas em comparação com os outros dois bebês do estudo. As refeições são momentos em que há mais tensão por costumar cuspir quando não gosta de alguma coisa. Além disso, a mãe costuma dar comida até ela cuspir, pois é uma maneira de saber que a filha já está satisfeita. Soifer (1977/1992) considera que a introdução do alimento sólido torna-se uma fonte de ansiedade. A autora vai ao encontro de Fan (2008) que falou sobre o significado da colher na introdução da alimentação complementar, pois consideram que esta pode representar um empecilho nessa fase de transição, acelerando o desmame (Soifer, 1977/1992) e representando uma intrusão na relação mãe-bebê.

Quanto às *dificuldades em relação à alimentação*, que constituem o quarto eixo, Carolina indicou que Larissa é resistente em aceitar os alimentos, fechando a boca e fazendo caretas e recusando-se a comer. Já Marina descreveu a alimentação do filho como instável e disse estar acostumada com a sua recusa a certos alimentos. O clima nas refeições geralmente é bom, mas quando Gustavo briga, o pai procura acalmá-lo, porque a mãe não tem paciência. O alimento muitas vezes é usado para que o menino fique quieto quando chora. Isso confirma os achados de Powell, Farrow e Meyer (2011), que referem que o alimento é utilizado, muitas vezes, como controle do comportamento e conforto. Nesse sentido, pode-se pensar nas dificuldades da mãe em traduzir as necessidades do filho e atendê-las de forma mais efetiva.

Heloísa também não come toda refeição e sua mãe não insiste porque entende que ela está iniciando essa etapa. Contudo, a mãe costuma dar comida até a filha cuspir, pois essa é uma maneira de saber se ela está satisfeita. Aqui também se percebe uma dificuldade da mãe em entender as necessidades da filha, pois necessita de uma reação comportamental explícita da criança. Monte e Giugliani (2004) referem que a

introdução de novos alimentos inclui o respeito ao mecanismo de autorregulação do apetite da criança, ajudando-a a se alimentar até estar saciada. No entanto, isto requer sensibilidade da mãe às indicações de fome e de saciedade da criança.

O último eixo analisado diz respeito à *relação mãe-bebê*. Todas as mães referiram ter receio de não entender o que o filho estava querendo comunicar, principalmente quando chorava, pois ficavam angustiadas e, então, procuravam resolver de forma rápida o problema. Entretanto, a mãe de Heloísa referiu que ela não chorava quando tinha fome. Isso remete à forma não verbal de comunicação do bebê, que se dá principalmente, através do choro. Segundo Winnicott (1965/1982), os bebês choram porque se sentem ansiosos, inseguros ou porque precisam se tranquilizar em um momento de dificuldade. Para o autor, por mais que a mãe se esforce, nada impede que ela possa decepcionar seu filho, o que o fará chorar de raiva. No entanto, aquele que não chora ou fica raivoso, possivelmente, já perdeu a confiança na mãe. Santos (2000) também vê o choro como uma forma de se comunicar no contexto da interação. Assim, o não choro de Heloísa quando tem fome e o fato de a mãe lhe oferecer comida até que cuspa, podem estar relacionados com a dificuldade de Clarissa colocar-se no lugar da filha e estabelecer uma comunicação para além das palavras e comportamentos, priorizando uma via de comunicação inconsciente. Apesar disso, a análise da interação através do IAP (Wiese & Leenders, 2006) revelou sua boa sensibilidade, excelente estrutura e não hostilidade da mãe, além de responsividade moderada por parte da criança. Pode-se ter chegado a esse resultado em função do IAP priorizar a interação a um nível comportamental.

Já Marina se empenha em ser uma mãe próxima à perfeição, apesar das dificuldades em verbalizar e definir detalhes da vida do filho, como a rotina dele em relação à frequência e horário das atividades. Percebe-se que quando a mãe não se sente em condições de identificar as necessidades do filho ou resolvê-las, ela pede ajuda para o marido. A mãe transpareceu apatia e dificuldade em interagir com a filha, além de não estar atenta às suas próprias necessidades. Todavia, ela se sente satisfeita com a maternidade e não se mostra incomodada com as dificuldades na alimentação, assim como com a interação e a comunicação com a filha. Destaca-se que, além de saciar a fome, o bebê também precisa receber o amor e a compreensão da mãe quando é alimentado, pois não basta suprir as necessidades básicas se isso não estiver acompanhado de um desejo não anônimo, transmitido pelas palavras, pelo olhar e pelo toque (Carvalho, Lima, & Martins, 2013b; Winnicott, 1965/1982).

A mãe de Carolina parece não estar atenta às necessidades da filha por estar centrada nas suas próprias necessidades; há uma espécie de introspecção, de estar voltada para si e isso faz com que se sinta satisfeita com o tipo de relacionamento que possui com sua filha e também por não se queixar acerca das dificuldades alimentares da bebê. Através da análise do caso Larissa e Carolina, pôde-se perceber que a mãe não exerce uma função de espelho (Moreno & Júnior, 2012; Winnicott, 1971/1975) como quando o bebê olha para o rosto da mãe e se vê no rosto dela, como se ele estivesse sendo refletido no rosto da mãe. O rosto da mãe, e particularmente seu olhar, apresenta papel singular no desenvolvimento do ego, tanto em seu aspecto normal quanto no patológico. O que o bebê vê aí determinará um caminho normal ou patológico. Se a

mãe pode se identificar com o bebê, o que o bebê verá será ele mesmo. No entanto, muitos bebês tem uma longa experiência em não receber de volta o que estão dando e isso traz consequências. Sendo assim, sua própria capacidade criativa começa a atrofiar e de uma ou outra maneira ele vai à procura de outros meios de obter algo de si mesmos de volta, a partir do ambiente. O bebê se acostuma à ideia de que, quando olha, o que vê é o rosto da mãe, e não um espelho de si mesmo, e então tentam obter algo de si mesmos por outros meios: pela agressividade, colocando-se em dificuldades e especialmente ficando doentes. Se o olhar materno não for capaz de olhar para o bebê e reconhecer um bebê com suas necessidades, não poderá se imitar e começar a constituir seu *self*.

Através da análise do IAP (Wiese & Leenders, 2006), pôde-se averiguar que Carolina e Larissa possuem uma interação fraca. A mãe transparece apatia e dificuldade em interagir com a filha, além de não estar atenta às necessidades da filha, por estar centrada nas suas próprias necessidades, ignorando o desejo de Larissa. Contudo, a mãe se sente satisfeita com a maternidade e não relata insatisfação com dificuldades marcantes na alimentação, assim como com a interação e a comunicação entre elas. O que se espera no relacionamento entre mãe e bebê é o desejo da mãe em conhecer seu bebê e a necessidade do bebê em ser conhecido. Assim como o bebê precisa do leite para saciar a fome, ele também necessita de carinhos maternos, também é importante receber o amor e a compreensão da mãe, pois não basta saciar a fome, aquecer do frio, embalar para dormir se não estiverem acompanhados de um desejo não anônimo, transmitido pelas palavras, pelo olhar e pelo toque (Carvalho, Lima, & Martins, 2013a; Winnicott, 1965/1982).

Como visto, pode-se concluir que os bebês participantes apresentaram dificuldades na introdução de alimentos sólidos. Aos seis meses de idade a criança está apta a receber outros alimentos que não apenas o leite (Brasil, 2010) e o seio da mãe é substituído, em alguns momentos, pela colher, que pode representar um obstáculo, sendo interpretado como uma barreira já que não há contato direto entre o bebê, o alimento e a mãe, como na amamentação. Como a necessidade alimentar se constitui como a primeira forma de troca e comunicação entre a mãe e o bebê, o alimento passa a ser signo de prazer ou de sua falta na relação.

Assim, alimentar e ser alimentado torna-se uma experiência matriz de subjetivação, deixando profundas marcas no processo de constituição da criança (Carvalho, Lima, & Martins, 2013b). Nesse sentido, pode-se inferir que essa transição parece não estar sendo bem elaborada pelas participantes, talvez por considerarem como uma separação real, por perceberem que seu bebê está crescendo e se tornando independente e por elas não serem mais as únicas provedoras de alimento ao seu filho.

Considerações finais

Pode-se concluir que a amamentação é concebida como um momento exclusivo, dedicado à relação entre a mãe e seu bebê e, em função disso, a introdução da alimentação complementar pode ser vista como um obstáculo que leva à separação entre eles. Portanto, os novos alimentos podem significar uma ruptura nessa relação, assim

como um desmame forçado, levando à dificuldade de aceitação tanto por parte da mãe como do bebê frente à introdução de novos alimentos. Conseqüentemente, podem surgir as dificuldades alimentares. Embora evidentes, os problemas com a alimentação não foram entendidos pelas mães como um sintoma ou algo que não estava em seu curso normal, e sim como uma dificuldade própria da faixa etária que o bebê se encontra.

Apesar de a literatura confirmar que as queixas referidas por pais de bebês normalmente são sobre sono e alimentação, estas não foram percebidas no estudo maior do qual este deriva, pois foram apenas três os casos que obtiveram escore mais alto no Questionário *Symptom Check List* no quesito alimentação. A partir disso, pode-se pensar que outro instrumento poderia ter sido escolhido para realizar a identificação da dificuldade alimentar. Contudo, dentre os estudos localizados sobre a temática encontraram-se somente escalas ou questionários padronizados que foram utilizadas em estudos de abordagem quantitativa. Considera-se que o *Symptom Check List* oportunizou conhecimento adequado acerca das dificuldades alimentares, apesar de não ser uma ferramenta normatizada no Brasil.

Sugere-se que novos estudos possam acompanhar crianças ao longo do seu desenvolvimento, a fim de verificar se as dificuldades alimentares do bebê e a interação da dupla sofrem alguma modificação com o passar do tempo, pois os sintomas tendem a permanecer, segundo a literatura pesquisada (Ammaniti, Lucarelli, Cimino, D'Olimpio, & Chatoor, 2012; McDermott *et al.*, 2010; Östberg e Hagelin, 2011; Schmid *et al.*, 2010). Também seria importante que outros estudos avaliassem duplas que já tivessem passado pela fase de transição da amamentação exclusiva para a introdução de alimentos sólidos.

Acredita-se que intervenções com os pais, em especial com as mães, possam oferecer um espaço no qual eles expressem suas dificuldades e sentimentos acerca das dificuldades alimentares e de seus relacionamentos com os filhos, tendo em vista a importância de uma atuação preventiva na primeira infância. Assim, espera-se que este estudo contribua para a reflexão sobre a temática das dificuldades alimentares de crianças pequenas, inspirando novos estudos e fomentando a necessidade de prever estratégias de prevenção em saúde mental.

Referências

- Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F., & Chatoor, I. (2012). Feeding disorders of infancy: A longitudinal study to middle childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 272-280.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-15.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Dez passos para uma alimentação saudável: Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica* (2. ed.). Brasília: Ministério da Saúde.

- Brazelton, T. B. (2002). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Carvalho, A. S. de, Lima, M. C. P., & Martins, K. P. H. (2013a). Desnutrição infantil e a relação mãe-bebê: Uma discussão psicanalítica. In M.C. Busnel & R. G. Melgaço (Eds.), *O bebê e as palavras: Uma visão transdisciplinar sobre o bebê* (p.261-271). São Paulo, SP: Instituto Langage.
- Carvalho, A. S. de, Lima, M. C. P., & Martins, K. P. H. (2013b). As problemáticas alimentares e a desnutrição na infância: Contribuições psicanalíticas. *Estilos da Clínica*, 18(2), 372-386.
- De Brito, M. E. F., & Mettel, T. P. de L. (1986). Um estudo naturalístico do comportamento de pré-escolares durante a refeição. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 2(1), 1-13.
- Fan, H. M. (2008). Feeding, separation and the familial-self in a Chinese context. *Infant Observation*, 11(3), 285-305.
- GIDEP/NUDIF (2008). *Entrevista sobre Experiência da Maternidade*. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre. Instrumento não publicado.
- Gonçalves, M. J., & Rodrigues, E. (1998). As perturbações alimentares precoces e a sua avaliação. *Análise Psicológica*, 16(1), 127-138.
- Imran, N., Ani, C., Mahmood, Z., Hassane, K. A., & Bhatti, M. R. (2014). Anxiety and depression predicted by medically unexplained symptoms in Pakistani children: A case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 76, 105–112.
- Kreisler, L. (1978). *A criança psicossomática*. Lisboa: Editorial Estampa.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (1990). *Manual de psicopatologia do recém-nascido*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McDermott, B. M., Mamun, A. A., Najman, J. M., Williams, G. M., O’Callaghan, M. J., & Bor, W. (2010). Longitudinal correlates of the persistence of irregular eating from age 5 to 14 years. *Acta Paediatrica*, 99(1), 68-71.
- Monte, C. M. G., & Giuliani, E. R. J. (2004). Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*, 8(5), S131-S141.
- Nicholls, D., & Bryant-Waugh, R. (2009). Eating disorders of infancy and childhood: Definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 17-30.
- Östberg, M., & Hagelin, E. (2011). Feeding and sleeping problems in infancy—a follow-up at early school age. *Child: care, health and development*, 37(1), 11-25.
- Perosa, G. B., Carvalhaes, M. A. B. L., Benício, M. H. D. A., & Silveira, F. C. P. (2011). Estratégias alimentares de mães de crianças desnutridas e eutróficas: Estudo qualitativo mediante observação gravada em vídeo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), 4455-4464.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 20(3), 223-232.
- Pinheiro, N. P. (2011). Classificação e diagnóstico de transtornos alimentares na infância: Nem DSM, nem CID-10. *Psicologia em Pesquisa*, 5(1), 61-67.

- Pinto, E. B. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 451-457.
- Powell, F. C., Farrow, C. V., & Meyer, C. (2011). Food avoidance in children. The influence of maternal feeding practices and behaviours. *Appetite*, 57(3), 683-692.
- Ramsay, M. (2011). Habilidades de alimentação, apetite e comportamento alimentar de bebês e crianças pequenas e seu impacto sobre o crescimento e o desenvolvimento psicológico. In R. E. Tremblay, M. Boivin, & R. D. Peters (Eds.), *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância* (p.1-9). Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Robert-Tissot, C., Rusconi-Serpa, S., Bachman, J. P., Besson, G., Cramer, B., Knauer, D., & Visier, J. P. (1989). Le questionnaire "Sympton Check-List". *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*, 179-186.
- Rotenberg, S., & De Vargas, S. (2004). Práticas alimentares e o cuidado da saúde: Da alimentação da criança à alimentação da família. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4, 85- 94.
- Santos, A. S. C. D. (2000). Sobre o choro: Análise de perspectivas teóricas. *Análise Psicológica*, 18(3), 325-334.
- Schmid, G., Schreier, A., Meyer, R., & Wolke, D. (2010). A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding problems and preschool behaviour. *Acta Paediatrica*, 99(2), 286-290.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of clinical psychiatry*, 59, 22-33.
- Soifer, R. (1992). Estudo psicológico do puerpério. In R. Soifer, *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6a ed., p.63-88). Porto Alegre, RS: Artmed. (Originalmente publicado em 1977).
- Souza, A. S. L., & Callia, M. M. M. (2013). Criando condições de comunicação: O atendimento a uma família com dificuldades na troca alimentar. In M. C. Busnell & R. G. Melgaço (Ed.), *O bebê e as palavras: Uma visão transdisciplinar sobre o bebê* (p.273-281). São Paulo, SP: Instituto Langage.
- Stern, D.N., Robert-Tissot, C., De Mural, M., & Cramer, B. (1989). Le KIA-Profil: Un instrument de recherche clinique pour l'évaluation des états affectifs du jeune enfant. Em S. Lebovici, P. Mazet & J. P. Visier (Orgs.). *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris: Eshel, 151-160.
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). O pós-parto. In M. Szejer & R. Stewart. *Nove meses na vida da mulher* (p.275-314). São Paulo: SP, Casa do Psicólogo.
- Vendruscolo, J. F., Bolzan, G. M., Crestani, A. H., Souza, A. P., & de Moraes, A. B. (2012). A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrbios da Comunicação*. ISSN 2176-2724, 24(1).
- Wiese, E. B. P., & Leenders, F. (2006). Interaction Assessment Procedure – IAP: A qualitative approach to parent/infant interaction. *Abstracts. 10th World Association for Infant Mental Health Congress*. Paris.

Winnicott, D. W. (1982). *A criança e o seu mundo*. (6ª ed). Rio de Janeiro, RJ: LTC Editora. (Obra original publicada em 1965).

Yin, R. K. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Zornig, S. M. A. J. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo psicanalítico*, 42(2), 453-470.

Recebido em maio de 2015

Aceito em dezembro de 2015

Patrícia Wolff Müller: Psicóloga, Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica pelo CELG, Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Angela Helena Marin: Psicóloga, Especialista em Psicologia Clínica pelo Instituto da Família de Porto Alegre, Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Tagma Marina Schneider Donelli: Psicóloga, especialista em Psicologia Hospitalar, Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Endereço para contato: patyw@terra.com.br