

PROPSICO

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE



PORTAL VIRTUAL

SECAD

WWW.SECAD.COM.BR

DISPONÍVEL
NAS PLATAFORMAS
DESKTOP, TABLET
E SMARTPHONE

>> ACESSE E FAÇA O LOGIN

• **BIBLIOTECA**

• **ACERVO SECAD**

• **BANCO DE QUESTÕES**

Os autores têm realizado todos os esforços para localizar e indicar os detentores dos direitos de autor das fontes do material utilizado. No entanto, se alguma omissão ocorreu, terão a maior satisfação de, na primeira oportunidade, reparar as falhas ocorridas. As ciências da saúde estão em permanente atualização. À medida que as novas pesquisas e a experiência ampliam nosso conhecimento, modificações são necessárias nas modalidades terapêuticas e nos procedimentos. Os autores desta obra verificaram toda a informação com fontes confiáveis para se assegurarem de que ela é completa e de acordo com os padrões aceitos no momento da publicação. No entanto, em vista da possibilidade de um erro

humano ou de mudanças nas ciências da saúde, nem a Editora, nem os autores, ou qualquer outra pessoa envolvida na preparação da publicação deste trabalho garantem que a totalidade da informação aqui contida seja exata ou completa e não se responsabilizam por erros ou omissões ou por resultados obtidos pelo uso da informação. Aconselha-se aos leitores confirmá-la com outras fontes. Por exemplo, e em particular, recomenda-se aos leitores revisarem cada técnica psicoterápica que planejam usar para se certificarem de que a informação contida nesta obra seja correta e não tenha produzido mudanças na sua indicação. Essa recomendação tem especial importância em relação a recursos novos ou de pouco uso e novas tecnologias.

Eventuais correções dos capítulos publicados podem ser encontradas no portal do seu programa.

É proibida a duplicação ou a reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na web e outros), sem permissão expressa da Editora.

PROPSICO

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

ORGANIZADO PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA

Organizadores

Ricardo Gorayeb

M. Cristina Miyazaki

Maycoln Teodoro



Reservados todos os direitos de publicação à
Artmed/Panamericana Editora Ltda.
Avenida Jerônimo de Ornelas, 670
Bairro Santana
CEP 90040-340 — Porto Alegre, RS — Brasil
Fone: (51) 3025-2550
E-mail: info@secad.com.br
Site: http://www.secad.com.br

Capa: Tatiana Sperhacke
Projeto gráfico do miolo e ícones: Ethel Kawa
Editoração eletrônica: Eska Design + Comunicação
Design instrucional: Caroline Vieira, Gisele Schild Kieling, Jaice Lourdes de Farias e Simone Martins de Oliveira
Revisão de design instrucional: Carla Paludo, Francieli Brum Rodrigues Fornazari e Simone Martins de Oliveira
Revisão bibliográfica: Andressa Machado Balverdu e Informar — Gerência de Documentos e Informações Ltda.
Preparação de texto: Renata Mariante Tavares
Supervisão editorial: Priscila Amaral
Coordenação-geral: Geraldo F. Huff

Organizadores

Ricardo Gorayeb — Professor Livre-docente de Psicologia Médica e Professor-associado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Coordenador do Serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Sócio Fundador, Membro do Conselho e Presidente da Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) nas gestões 2014–2015 e 2016–2017. Professor Visitante na Duke University, Estados Unidos (1987), na Johns Hopkins University, Estados Unidos (1988), e na Universitat Jaume I, Espanha (2010). Consultor da Organização Mundial da Saúde (OMS) em Genebra/Suíça (1995). Psicólogo.

M. Cristina Miyazaki — Pós-doutora pela University of London. Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Livre-docência pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp). Coordenadora do Curso de Graduação em Psicologia da Famerp. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Psicóloga.

Maycoln Teodoro — Doutor em Psicologia Clínica e do Desenvolvimento pela Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Alemanha. Coordenador do Programa de Pós-graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Integrante do Programa Pesquisador Mineiro da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (Fapemig). Psicólogo.

P965 PROPSICO Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde : Ciclo 4 / organizado pela Sociedade Brasileira de Psicologia ; organizadores, Ricardo Gorayeb, M. Cristina Miyazaki, Maycoln Teodoro. — Porto Alegre : Artmed Panamericana, 2020.

4 v. : il. color ; 25cm. — (Sistema de Educação Continuada a Distância ; v. 3)

ISBN 978-65-87335-73-5

1. Psicologia — Atualização Profissional. I. Sociedade Brasileira de Psicologia. II. Gorayeb, Ricardo. III. Miyazaki, M. Cristina. IV. Teodoro, Maycoln. V. Série.

CDU 159.9(075.9)

Catálogo na publicação: Deliane Souza dos Santos — CRB 10/2439

SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS EM BEBÊS: CARACTERIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI
ANGELA HELENA MARIN
GIANA BITENCOURT FRIZZO
TAGMA MARINA SCHNEIDER DONELLI
GABRIELA NUNES MAIA

■ INTRODUÇÃO

Quando uma mulher se torna mãe, ela passará por muitas mudanças e adaptações, e esse acontecimento afetará sua família e suas relações.¹⁻³ Para a criança que nasce, as mudanças também são intensas: ela sai de sua condição intrauterina e se depara com uma realidade que não entende e diante da qual se encontra ainda indefesa.

No início da vida, a criança pode contar com seu corpo para dizer ao mundo como se sente e do que precisa. Assim, a mãe precisa ter disponibilidade suficiente para se adaptar ao bebê e fornecer tudo o que ele precisa.⁴ Nesse sentido, destaca-se a **fragilidade** e a **absoluta dependência do bebê humano** em relação ao outro, que marcam profundamente todo o desenvolvimento posterior de sua estrutura subjetiva.⁵

A **comunicação não verbal**, entretanto, pode ser um desafio para quem cuida de um bebê. Quando, por qualquer razão, a mãe não consegue sistematicamente entender as necessidades da criança (sejam elas físicas ou mesmo de acolhimento diante de possíveis angústias e medos) e atendê-las satisfatoriamente, o corpo do bebê poderá indicar essa dificuldade. Além do choro, as suas principais funções de regulação funcional (sono, alimentação, digestão, respiração, pele e comportamento) podem ser afetadas.^{6,7}

Do ponto de vista clínico, tanto os fatos e os acontecimentos que acometem o bebê quanto os que impactam a mulher e o sistema familiar ampliado são capazes de repercutir na relação da dupla mãe-bebê, contribuindo positivamente ou negativamente para a saúde mental de ambos. Dessa forma, quanto mais precocemente as dificuldades da dupla forem detectadas, maior a possibilidade de minimizar ou evitar danos ao desenvolvimento infantil.^{8,9}

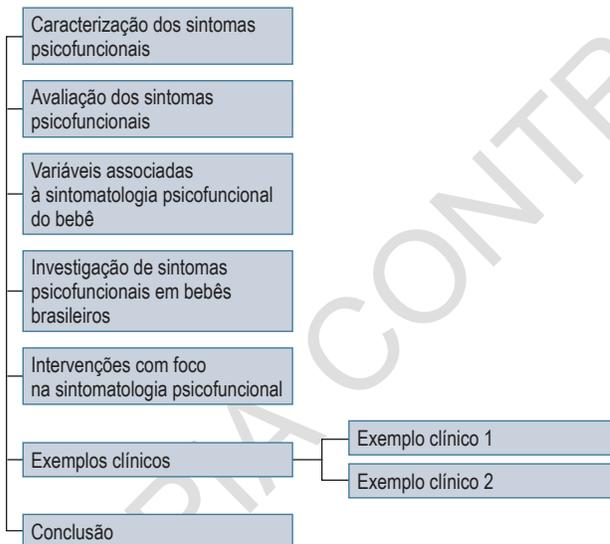
Poucos estudos, no entanto, são encontrados até o presente momento sobre a saúde mental e a psicopatologia do bebê, mesmo em âmbito internacional. Em função disso, este capítulo aborda a temática dos **sintomas psicofuncionais (ou sintomas somático-funcionais)** na primeira infância, pois, apesar de serem de ordem orgânica, são compreendidos, na abordagem psicanalítica, como manifestações de problemas relacionais da díade mãe-bebê ou da tríade pais-bebê.⁸

■ OBJETIVOS

Ao final da leitura deste capítulo, o leitor será capaz de

- reconhecer a natureza psicossomática de sintomas somático-funcionais apresentados por bebês;
- ampliar as perspectivas de investigação dos sintomas psicofuncionais;
- desenvolver uma leitura sensível a respeito dos sintomas psicofuncionais, visando a identificar eventuais aspectos relacionais e contextuais a eles vinculados;
- refletir acerca das melhores intervenções, com foco na sintomatologia psicofuncional, a serem adotadas para a assistência de bebês e suas famílias;
- caracterizar os sintomas psicofuncionais, de forma tanto teórica quanto empírica, com base nos dados coletados em projeto de pesquisa desenvolvido no sul do Brasil;
- identificar as possibilidades de avaliação e de intervenção dos sintomas psicofuncionais.

■ ESQUEMA CONCEITUAL



■ CARACTERIZAÇÃO DOS SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS

Como mencionado, no início da vida, o bebê não tem condições psicológicas para entender o mundo em que vive. Ele não possui recursos para construir, por meio da palavra, representações mentais que poderiam lhe ajudar a expressar e aliviar as suas angústias e o seu sofrimento.^{10,11} Assim, o bebê necessita que o cuidador pense por ele, que compreenda e que contenha seus sentimentos, dando a eles um nome, um significado e uma resposta adequada.



LEMBRAR

A capacidade de identificar, nomear e pensar sobre os próprios estados afetivos desenvolve-se na criança a partir das primeiras relações com os cuidadores, desde que eles cumpram essa função de acolher, conter, decodificar, nomear e devolver, em níveis apropriados, a angústia da criança.¹²⁻¹⁴

A dependência do bebê em relação aos cuidadores, nos primeiros anos de vida, não se constitui apenas em uma dependência física, vinculada à necessidade de sobrevivência, que inclui o alimentar e o cuidado da integridade física da criança, mas também representa a necessidade de uma continência e transformação de sentimentos, emoções, demandas internas e externas, que a capacidade psíquica do bebê não está estruturada o suficiente para realizar ou suportar.

Quando as interações com o cuidador não correspondem às necessidades do bebê, ele pode não se desenvolver em aspectos essenciais, podendo tornar-se retraído, apático e até morrer.²

Conforme Winnicott,¹⁵ quando não há uma provisão ambiental suficientemente boa, o desenvolvimento do bebê fica interrompido. A partir desse referencial teórico, além do retraimento, da apatia, da morte ou mesmo da interrupção ou alteração no seu desenvolvimento, outra possibilidade de manifestação de sofrimento do bebê diante da falha ambiental é o aparecimento de sintomatologia psicofuncional.



Os sintomas psicofuncionais podem ser entendidos como manifestações somáticas e/ou do comportamento da criança, sem causa orgânica identificada ou definida, que sinalizam dificuldades na comunicação e na relação pais-bebê.⁶



As manifestações somáticas e/ou do comportamento da criança devem ser diagnosticadas e tratadas precocemente, pois podem, mais tarde, persistir ou mesmo aparecer de forma mais grave ou intensa,^{8,9} impactando o desenvolvimento infantil.¹⁶

Entende-se que o corpo do bebê comunica a incapacidade de o aparelho mental, momentaneamente ou persistentemente, suportar os conflitos. Desse modo, os sintomas psicofuncionais representam um sinal de alerta, expresso pelo bebê, representativo de algum sofrimento ou desencontro da díade mãe-bebê (ou da tríade pais-bebê) que merece, por isso, atenção especial daqueles que se dedicam ao cuidado da primeira infância.

A preocupação frente a esses problemas, que podem afetar os bebês quando ainda se está estruturando e organizando a sua constituição psíquica, está na (im)possibilidade de se criar um aparato psíquico com recursos para lidar com as diversas situações e experiências ao longo de toda a vida.¹⁷ Afinal, no caso de a estrutura psicológica se organizar de maneira fragilizada, todo o desenvolvimento estará, de alguma forma, em risco.¹⁸

Em decorrência da característica desenvolvimental, as psicopatologias mais comuns do bebê estão relacionadas ao corpo e envolvem as principais funções somáticas, que são ^{6,7}

- sono;
- alimentação;
- comportamento;
- eliminação;
- respiração.

A presença de sintomas físicos e comportamentais em bebês e em crianças pequenas, sem uma causa aparente e sem uma resposta eficaz aos tratamentos de saúde, sinaliza uma disfunção em algum aspecto de sua vida e, por isso, merece ser investigada de forma mais detalhada. Os principais sinais e sintomas associados a cada função somática do bebê, conforme indicados na literatura, encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS A CADA FUNÇÃO SOMÁTICA DO BEBÊ	
Função somática	Principais sinais e sintomas
Sono	Insônia, dormir mal, acordar-se muitas vezes durante a noite, demorar para dormir, dormir muito tarde, dormir pouco ou demais para a idade, não ter horário na rotina de sono. ⁸
Alimentação	Distúrbios na quantidade e na qualidade da alimentação. ⁸
	Dificuldades com tipos específicos de alimentos que devem ser introduzidos ao longo do primeiro ano de vida. ⁸
Digestão	Regurgitação, cólica, soluço, prisão de ventre e diarreia. ⁶
Respiração	Asma, bronquite, alergias respiratórias e infecções de repetição, como laringites e faringites. ⁸
Pele	Problemas de pele, como eczemas e alergias cutâneas. ^{6,8}
Comportamento	Temperamento difícil, irritação e choro frequente, consolabilidade baixa, ansiedade, medos constantes, dificuldades de vínculo e ansiedade de separação. ^{6,8}

Fonte: Elaborado pela autora.

O sono é entendido como o símbolo, ou talvez mesmo o equivalente, da fusão primária do bebê com o cuidador, que se relaciona com o narcisismo. Assim, o que se percebe, em certas insônias precoces e graves, é uma tradução da desordem do universo simbiótico. Perante necessidades orgânicas e libidinais, a mãe dá respostas marcadas pela desadaptação e pela contradição.⁸

As **desordens alimentares** instalam-se, em geral, por volta do sexto mês, junto ao estabelecimento da relação eletiva com a mãe (relação de objeto) e com a introdução de novos alimentos, além do leite.^{6,19} Já quanto aos **distúrbios digestivos e gástricos**, para Kreisler,⁶ as cólicas dos três primeiros meses configuram-se em uma perturbação ultraprecoce, que demonstra a possibilidade de uma criança na primeira infância responder, por meio de um mal-estar físico, a circunstâncias anormais do ambiente.

Os sinais e os sintomas da categoria dos **transtornos respiratórios** evidenciam, de certa forma, as circunstâncias psicológicas do momento da crise.⁸ Os **problemas de pele** também parecem se aproximar dessa categoria, em função do seu caráter de agravamento em momentos de crise.^{6,8}

Particularmente quanto aos sintomas de respiração, a asma infantil tem sido alvo de estudos desde os anos 1980,²⁰⁻²² e os resultados permitem supor que a relação mãe-criança, marcada pela presença massiva e por um superinvestimento da mãe, impede que o bebê crie um espaço de subjetivação a partir da ausência materna e, portanto, crie defesas psíquicas.

Por último, os **distúrbios de comportamento** sinalizam dificuldades no estabelecimento da segurança do apego dos bebês em relação às suas mães, seja por características próprias ou mesmo por características da mãe, destacando-se a psicopatologia materna,²³ aspecto que repercute diretamente sobre a interação mãe-bebê.²⁴ Estudos indicam que mães sobrecarregadas, que reagem de forma agressiva ou emitem comportamentos de rejeição em resposta aos problemas somáticos dos seus filhos, acabam contribuindo para problemas comportamentais e de humor posteriores da criança.^{25,26}

Poucos estudos são encontrados até o presente momento sobre a sintomatologia psicofuncional, mesmo em âmbito internacional. Um estudo clássico, realizado acerca do tema por Robert-Tissot e colaboradores²⁷ a respeito de psicoterapia para distúrbios psicofuncionais de 75 duplas mães-bebês, em que a idade média das crianças foi de 15 meses, encontrou, como sintomas psicofuncionais mais frequentes, distúrbios do sono (52%), comportamentais (21%) e de alimentação (12%). Além disso, os autores apontaram que 15% dos problemas eram derivados da interação pais-criança, envolvendo problemas de apego e ansiedade de separação.

Estudos mais atuais indicaram prevalência de 27% de sintomas gastrintestinais em bebês americanos.²⁸

Em território brasileiro, estudos que avaliaram alguns desses sintomas, embora sem considerar a perspectiva do presente capítulo, sugeriram a prevalência de 35,7% para transtornos do sono²⁹ e 33,7% para comportamento agressivo.³⁰

■ AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS

No âmbito clínico e em algumas investigações para a avaliação dos sintomas psicofuncionais, utiliza-se um instrumento denominado Symptom Checklist.³¹ É um instrumento desenvolvido para uso clínico, que busca refletir as observações das mães sobre seus bebês, bem como sua experiência subjetiva quanto ao impacto dos sintomas de crianças pequenas na interação mãe–bebê.

Embora o Symptom Checklist possa ser amplamente usado como ferramenta de investigação clínica, em função do objetivo a que se destina, não houve uma preocupação dos autores com a sua normatização, o que, de certa forma, acaba dificultando o seu uso em pesquisas. Essa é uma das razões que pode explicar a dificuldade de localização de estudos sobre os sintomas psicofuncionais em bebês. Entende-se que o estabelecimento de parâmetros para esse instrumento ampliaria as possibilidades de sua utilização tanto no âmbito acadêmico quanto no âmbito clínico.

Para saber mais:

Para maiores informações sobre o Symptom Checklist, sugere-se a leitura do artigo “Avaliação de sintomas psicofuncionais em bebês: revisão crítica da literatura sobre o uso do Symptom Checklist”.³²



ATIVIDADES

1. Observe as afirmativas sobre o início da relação mãe–bebê.
 - I — A mãe precisa ter disponibilidade suficiente para se adaptar ao bebê e fornecer tudo o que ele necessita.
 - II — O bebê se sente acolhido e protegido pela mãe fora da condição intrauterina.
 - III — Quando uma mulher se torna mãe, ela passará por muitas mudanças e adaptações, e esse acontecimento afetará sua família e suas relações.

Qual(is) está(ão) correta(s)?

- A) Apenas a I.
- B) Apenas a I e a II.
- C) Apenas a III.
- D) Apenas a I e a III.

Resposta no final do capítulo

2. Sobre a fragilidade e a absoluta dependência do bebê humano em relação ao cuidador, é correto afirmar que

- A) marcam profundamente todo o desenvolvimento posterior de sua estrutura subjetiva.
- B) explicam o motivo pelo qual o bebê precisa de colo.
- C) implicam dificuldade na relação mãe–bebê.
- D) indicam a necessidade inata do bebê se relacionar com outros bebês.

Resposta no final do capítulo

3. Quais as principais funções de regulação funcional de um bebê?

.....
.....
.....
.....

Resposta no final do capítulo

4. Defina os sintomas psicofuncionais.

.....
.....
.....
.....

Resposta no final do capítulo

■ VARIÁVEIS ASSOCIADAS À SINTOMATOLOGIA PSICOFUNCIONAL DO BEBÊ

Do ponto de vista clínico, sabe-se que a saúde psíquica do bebê está associada a uma multiplicidade de influências (contexto conjugal e familiar, aspectos relacionais e interativos, para além dos aspectos genéticos e das condições de saúde, socioeconômicas e políticas, entre outras), que faz com que o desenvolvimento humano possa seguir diferentes direções, tanto que conduzam à saúde quanto à patologia.

No que tange à patologia, a existência de psicopatologias precoces vem sendo discutida com a intenção de se tomar medidas preventivas também precoces, que modifiquem ou atenuem as suas consequências a curto, médio e longo prazos.^{4,6}

Um estudo sobre os problemas de saúde mental em crianças de 1 ano e 6 meses, realizado na Dinamarca, constatou que os distúrbios na relação pais-filhos desempenhavam uma posição fundamental nos problemas detectados.³³ Também um estudo realizado na França, com uma população clínica,³⁴ apontou o estresse dos pais, a psicopatologia materna e a disfunção familiar como fatores de risco para a manifestação de sintomas psicopatológicos no bebê.

O estudo revelou que as crianças menores de 1 ano de idade, encaminhadas para avaliação e intervenção em saúde mental, constituem um grupo bastante heterogêneo em relação à gravidade dos sintomas e ao prognóstico, o que reforça a necessidade de priorizar a compreensão de cada caso, em detrimento da simples classificação.

O estudo pioneiro de Robert-Tissot e colaboradores²⁷ também indicou a associação entre distúrbios na relação pais-filhos, depressão da mãe, problemas na interação mãe-bebê e nas representações maternas.

Ainda, o estudo de Forcada-Guex e colaboradores³⁵ apontou, a partir da observação de 47 duplas de mães-bebês, com crianças nascidas com 34 semanas de gestação, comparadas com 25 duplas de mães-bebês, com crianças nascidas a termo, a relação mãe-bebê como um dos fatores que podem agravar ou atenuar os efeitos potencialmente negativos da prematuridade, em particular no que tange às competências e ao posterior desenvolvimento da criança.

No contexto nacional, uma recente revisão sistemática da literatura, realizada por Frizzo e colaboradores,³² indicou que as variáveis mais associadas à presença de sintomas psicofuncionais de bebês foram a prematuridade e a depressão pós-parto.



A condição da saúde mental das mães pode dificultar a sua disponibilidade afetiva frente às demandas do bebê.³⁶

O estudo de Savage e Birch³⁷ mostrou uma associação entre mães com sintomas depressivos e maior uso de mamadeira para acalmar a criança, incluindo deixar a criança na cama com a mamadeira para se acalmar, e uso de cereais na mamadeira, quando comparadas a mães sem depressão também investigadas nesse estudo. Os autores sugerem que a depressão das mães pode afetar a sua sensibilidade nos momentos de acalmar e alimentar o bebê. Com isso, elas podem oferecer o alimento como resposta-padrão à inquietação da criança, o que pode, posteriormente, promover uma ingestão maior de alimentos e dificultar os processos de autorregulação alimentar.

Nas mães não deprimidas do estudo de Savage e Birch,³⁷ o referido padrão apareceu apenas para aquelas que consideravam seus bebês como difíceis de acalmar e irritadiços, o que também os coloca em maior risco para desenvolver obesidade. Nessa mesma direção, o estudo realizado por de Campora e colaboradores,³⁸ na Itália, verificou que a regulação emocional materna pode afetar a qualidade da relação mãe-criança no momento das refeições, tendo como consequência a possibilidade de obesidade infantil.

No estudo de Frizzo e colaboradores,³⁹ o choro dos bebês foi majoritariamente interpretado como fome pela maioria das mães e dos pais com depressão.

Outro estudo, realizado na Suíça, buscou avaliar se a presença de sintomas depressivos maternos no parto se mantinha ao longo do primeiro ano do bebê e se eles teriam alguma consequência sobre a relação conjugal e a relação com o bebê.⁴⁰ As mulheres que apresentaram altos índices de sintomas depressivos se mantinham com essa sintomatologia ao longo do primeiro ano de vida da criança, mostrando-se menos confiantes, acolhedoras e próximas de seus bebês. Tais dificuldades repercutiam negativamente nas relações familiares em geral, em especial naquela com o bebê, tendo sido observada dificuldade na formação de um vínculo adequado entre a díade mãe-bebê.

Um estudo chileno,⁴¹ no qual 203 duplas mães-bebês participaram, também encontrou associação entre relatos mais frequentes de sintomas gástricos e de alergias cutâneas do bebê e sintomas de sono do bebê, e depressão e ansiedade nas mães, além de adversidades financeiras decorrentes dos custos com a alimentação e com os outros cuidados especiais. Os problemas respiratórios, nesse estudo, não se correlacionaram com nenhuma das variáveis acima.

No Brasil, o estudo de Silva e colaboradores,⁴² realizado com três duplas mães-bebês, cujas mães estavam deprimidas, reforça o entendimento dessa sintomatologia como uma resposta defensiva do bebê às dificuldades maternas de compreensão e interpretação das suas manifestações corporais. Nos casos examinados, verificou-se dificuldade na interação mãe-bebê. Particularmente, a depressão prejudicava o exercício da maternidade e as tarefas associadas a isso, em especial a interpretação das necessidades do bebê.

As dificuldades na interação também foram encontradas em 40 duplas mães-bebês em um estudo quantitativo que relacionou a interação mãe-bebê a sintomas alimentares em crianças de 6 a 12 meses.⁴³ Quanto maiores as pontuações para os sintomas de alimentação, menores foram os escores de sensibilidade, estrutura, não hostilidade, responsividade e envolvimento materno.



As questões alimentares são afetadas pela qualidade da interação mãe-bebê, sugerindo que os sintomas psicofuncionais podem sinalizar dificuldades vinculares dessa dupla.

O relacionamento conjugal também precisa ser avaliado quando há problemas psicofuncionais do bebê, em especial se associado com a depressão da mãe. Com frequência, algumas pessoas, na transição para a parentalidade, não conseguem preservar seus interesses pessoais e, principalmente, sua relação de casal.



Não é incomum que, em famílias com filhos pequenos, os casais dediquem muito tempo aos cuidados deles, relegando a conjugalidade a um segundo plano.⁴⁴ Algumas vezes isso gera, nos cônjuges, um sentimento de insuficiência, de fracasso e de esgotamento. A clínica pais-bebê mostra, muito frequentemente, como ideais parentais muito exigentes podem afetar e até perturbar a vida afetiva do casal.

O estudo de Perucchi e colaboradores⁴⁵ buscou compreender a interação entre o ajustamento conjugal, a relação mãe-bebê e a manifestação de sintomas psicofuncionais na primeira infância. Participaram quatro díades mães-bebês, sendo que duas mães avaliaram seu relacionamento conjugal como desajustado e duas como ajustado, a partir da Escala de Ajustamento Diádico — Versão Reduzida (em inglês, Revised Dyadic Adjustment Scale [RDAS]).

Todos os bebês do estudo de Perucchi e colaboradores⁴⁵ apresentaram sintomas psicofuncionais, segundo as respostas das mães ao Symptom Checklist. Os resultados indicaram que o ajustamento conjugal pode afetar a qualidade da relação mãe-bebê, contribuindo para a manifestação de sintomas psicofuncionais na criança.

Nessa mesma direção, outro estudo qualitativo transversal investigou a depressão materna e a percepção de ajustamento conjugal entre duas mães jovens (20 e 21 anos de idade), para compreender a sua repercussão sobre a sintomatologia psicofuncional do bebê.⁴⁶

Os resultados do estudo qualitativo transversal também indicaram a repercussão da percepção de um ajustamento conjugal ruim e da presença de depressão materna sobre a sintomatologia do bebê, o que pode ser explicado pelo processo de spillover, isto é, de transbordamento dos desajustes conjugais sobre a relação parental. Percebe-se, então, a necessidade de investigar as relações conjugais e parentais, a fim de prevenir o surgimento e/ou agravamento de sintomas precoces no bebê.⁴⁵

A presença de sintomas psicofuncionais em bebês precisa ser bem avaliada e compreendida, porque esses sintomas não só impactam o desenvolvimento dele, mas também repercutem sobre o funcionamento de toda a família. Em relação ao impacto para o bebê, por se manifestarem em um período tão delicado e com implicações importantes para o desenvolvimento, com o risco de instauração de problemas mais graves e permanentes, torna-se necessário o entendimento desses acontecimentos do início da vida, para que se possa tomar as medidas terapêuticas necessárias para atenuar ou impedir o surgimento de desconfortos na saúde física e mental.¹⁶



Os sintomas psicofuncionais podem repercutir sobre a saúde emocional das mães e da família como um todo, seja por questões emocionais, seja pela necessidade de busca mais frequente dos serviços de saúde ou mesmo pelo impacto financeiro decorrente de tratamentos de saúde, em especial nas famílias que já apresentam alguma adversidade econômica.^{37,41} Essa temática adquire relevância também no que tange ao sistema de saúde, especialmente na atenção básica, cujos serviços são acessados por famílias cujos bebês apresentam sintomas.

Em razão disso, pensa-se ser importante destacar as principais políticas públicas e regulamentações brasileiras voltadas à saúde na primeira infância. No Quadro 2 estão resumidas as variáveis associadas à sintomatologia funcional do bebê; no Quadro destaque, estão citadas algumas dessas políticas e regulamentações, tendo sido destacados artigos e trechos que aportam relação com a temática deste capítulo.

Quadro 2

VARIÁVEIS ASSOCIADAS À SINTOMATOLOGIA FUNCIONAL DO BEBÊ

Sintomatologia funcional do bebê	Variáveis associadas
Problemas emocionais (saúde mental, presença de sintomas psicopatológicos)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Disfunção familiar.³⁴ ■ Estresse dos pais.³⁴ ■ Distúrbios na relação pais–filho.³³ ■ Problemas na interação mãe–bebê e nas representações maternas.²⁷ ■ Psicopatologia³⁴ e depressão da mãe.²⁷
Sintomas alimentares (incluindo dificuldade de autorregulação alimentar e obesidade)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sintomas depressivos maternos ou depressão materna.^{37,39} ■ Regulação emocional materna.³⁸ ■ Percepção do bebê como irritadiço e difícil de acalmar.³⁷ ■ Dificuldades na interação mãe–bebê.⁴³
Sintomas gástricos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Depressão e ansiedade materna.⁴¹ ■ Adversidades financeiras⁴¹
Alergias cutâneas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Depressão e ansiedade materna.⁴¹ ■ Adversidades financeiras⁴¹
Sintomas de sono	<ul style="list-style-type: none"> ■ Depressão e ansiedade materna.⁴¹ ■ Adversidades financeiras⁴¹
Sintomas comportamentais (dificuldade de vinculação)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sintomas depressivos maternos⁴⁰
Sintomas comportamentais (competências e desenvolvimento em geral) em bebês pré-termos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dificuldades na relação mãe–bebê.³⁵
Sem especificação do tipo de sintoma/sintomas variados	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prematuridade.³² ■ Depressão pós-parto.³² ■ Depressão materna.^{42,46} ■ Ajustamento conjugal ruim (desajustamento).^{45,46}

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Trechos e artigos selecionados de políticas públicas e regulamentações brasileiras voltadas à saúde na primeira infância PNPI

O PNPI foi elaborado em 2010, pela Rede Nacional Primeira Infância, pautado em diretrizes nacionais e internacionais relacionadas à infância. Essa Rede foi composta a partir da articulação nacional de organizações de sociedade civil, do Governo, do setor privado, de outras redes e de organizações multilaterais que atuam na promoção da primeira infância como item prioritário na defesa dos direitos da criança e do adolescente. A Rede foi constituída em maio de 2006 e contava, no início de 2010, com 70 organizações-membro.⁴⁷

O PNPI tem, dentre os princípios para orientar as ações de proteção e de promoção dos direitos das crianças:⁴⁷

- a compreensão da criança como sujeito, indivíduo, único, com valor em si mesmo;
- a integralidade da criança;
- a inclusão;
- a integração de visões científicas e humanísticas em relação às ações direcionadas às crianças;
- os direitos das crianças como prioridade absoluta;
- a prioridade da atenção, dos recursos, dos programas e das ações para as crianças socialmente mais vulneráveis.

Entre as diretrizes técnicas do PNPI, destacam-se:⁴⁷

- integralidade do plano, abrangendo todos os direitos da criança no contexto familiar, comunitário e institucional;
- multissetorialidade das ações, com o cuidado, para que, na base de sua aplicação, junto às crianças, sejam realizadas de forma integrada;
- valorização e qualificação dos profissionais que atuam diretamente com as crianças ou cuja atividade tem alguma relação com a qualidade de vida das crianças de até 6 anos. Recomenda-se prestigiar seu papel estratégico, expressar reconhecimento pelas ações que comprovem eficiência e eficácia e divulgá-las;
- reconhecimento de que a forma como se olha, escuta e atende a criança expressa o valor que se dá a ela, o respeito que se tem por ela, a solidariedade e o compromisso que se assume com ela; reconhecimento, também, de que a criança capta a mensagem desses sentimentos e valores pela maneira com que é tratada pelos adultos;

Em relação às ações de saúde, o PNPI aponta, dentre outras, as estratégias para o atendimento pré-natal, a atenção obstétrica e neonatal humanizada, o aleitamento e a alimentação saudável, e o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento. Quanto a esse último aspecto, pontua, como uma das medidas, “2. Inserir a atenção e os cuidados com o desenvolvimento psíquico nos programas de assistência materno-infantil de saúde pública”. O documento entende que “as consultas pediátricas são um momento privilegiado para o acompanhamento do desenvolvimento global das crianças e detecção de possíveis riscos no campo de saúde mental. Por isso, é fundamental promover a capacitação dos profissionais de saúde para essas ações”.⁴⁷

Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016)

Art. 5º Constituem áreas prioritárias para as políticas públicas para a primeira infância a saúde, a alimentação e a nutrição, a educação infantil, a convivência familiar e comunitária, a assistência social à família da criança, a cultura, o brincar e o lazer, o espaço e o meio ambiente, bem como a proteção contra toda forma de violência e de pressão consumista, a prevenção de acidentes e a adoção de medidas que evitem a exposição precoce à comunicação mercadológica.⁴⁸

Art. 9º As políticas para a primeira infância serão articuladas com as instituições de formação profissional, visando à adequação dos cursos às características e necessidades das crianças e à formação de profissionais qualificados, para possibilitar a expansão com qualidade dos diversos serviços.⁴⁶

Art. 10. Os profissionais que atuam nos diferentes ambientes de execução das políticas e programas destinados à criança na primeira infância terão acesso garantido e prioritário à qualificação, sob a forma de especialização e atualização, em programas que contemplem, entre outros temas, a especificidade da primeira infância, a estratégia da intersetorialidade na promoção do desenvolvimento integral e a prevenção e a proteção contra toda forma de violência contra a criança.⁴⁶

Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.⁴⁶

Art. 14. As políticas e programas governamentais de apoio às famílias, incluindo as visitas domiciliares e os programas de promoção da paternidade e maternidade responsáveis, buscarão a articulação das áreas de saúde, nutrição, educação, assistência social, cultura, trabalho, habitação, meio ambiente e direitos humanos, entre outras, com vistas ao desenvolvimento integral da criança.⁴⁶

§ 1º Os programas que se destinam ao fortalecimento da família no exercício de sua função de cuidado e educação de seus filhos na primeira infância promoverão atividades centradas na criança, focadas na família e baseadas na comunidade.⁴⁶

§ 2º As famílias identificadas nas redes de saúde, educação e assistência social e nos órgãos do Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente que se encontrem em situação de vulnerabilidade e de risco ou com direitos violados para exercer seu papel protetivo de cuidado e educação da criança na primeira infância, bem como as que têm crianças com indicadores de risco ou deficiência, terão prioridade nas políticas sociais públicas.⁴⁶

§ 3º As gestantes e as famílias com crianças na primeira infância deverão receber orientação e formação sobre maternidade e paternidade responsáveis, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento infantil integral, prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos físicos, nos termos da Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014, com o intuito de favorecer a formação e a consolidação de vínculos afetivos e estimular o desenvolvimento integral na primeira infância.⁴⁶

§ 4º A oferta de programas e de ações de visita domiciliar e de outras modalidades que estimulem o desenvolvimento integral na primeira infância será considerada estratégia de atuação sempre que respaldada pelas políticas públicas sociais e avaliada pela equipe profissional responsável.⁴⁷

§ 5º Os programas de visita domiciliar voltados ao cuidado e educação na primeira infância deverão contar com profissionais qualificados, apoiados por medidas que assegurem sua permanência e formação continuada.⁴⁸

Programa Criança Feliz (instituído por meio do Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016, e alterado pelo Decreto nº 9.579, de 22 de novembro de 2018)

O Programa Criança Feliz é uma estratégia alinhada ao Marco legal da Primeira Infância que traz as diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano.⁴⁹

Está vinculado à Secretaria Especial do Desenvolvimento Social do Ministério da Cidadania e tem caráter intersetorial. Tem a finalidade de promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, considerando sua família e seu contexto de vida. Nesse programa, a primeira infância é definida como o período que abrange os primeiros 6 anos completos ou os 72 meses de vida da criança.⁴⁹

Art. 2º O Programa Criança Feliz atenderá gestantes, crianças de até seis anos e suas famílias, e priorizará:⁴⁸

- I — Gestantes, crianças de até três anos e suas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família;
- II — Crianças de até seis anos e suas famílias beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada; e
- III — Crianças de até seis anos afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de medida de proteção prevista no art. 101, caput, incisos VII e VIII, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e suas famílias.

Art. 3º O Programa Criança Feliz tem como objetivos:⁴⁹

- I — Promover o desenvolvimento humano a partir do apoio e do acompanhamento do desenvolvimento infantil integral na primeira infância;
- II — Apoiar a gestante e a família na preparação para o nascimento e nos cuidados perinatais;
- III — Colaborar no exercício da parentalidade, fortalecendo os vínculos e o papel das famílias para o desempenho da função de cuidado, proteção e educação de crianças na faixa etária de até seis anos de idade;
- IV — Mediar o acesso da gestante, das crianças na primeira infância e das suas famílias apolíticas e serviços públicos de que necessitem; e
- V — Integrar, ampliar e fortalecer ações de políticas públicas voltadas para as gestantes, crianças na primeira infância e suas famílias.

Art. 4º Para alcançar os objetivos elencados no art. 3º, o Programa Criança Feliz tem como principais componentes:⁴⁹

I — a realização de visitas domiciliares periódicas, por profissional capacitado, e de ações complementares que apoiem gestantes e famílias e favoreçam o desenvolvimento da criança na primeira infância;

II — a capacitação e a formação continuada de profissionais que atuem junto às gestantes e às crianças na primeira infância, com vistas à qualificação do atendimento e ao fortalecimento da intersetorialidade;

III — o desenvolvimento de conteúdo e material de apoio para o atendimento intersetorial às gestantes, às crianças na primeira infância e às suas famílias;

IV — o apoio aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, visando à mobilização, à articulação intersetorial e à implementação do Programa; e

V — a promoção de estudos e pesquisas acerca do desenvolvimento infantil integral.

Como exposto, as referidas políticas públicas e regulamentações visam à promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, considerando a família e o contexto de vida. Nesse sentido, parecem contribuir para a prevenção de sintomas psicofuncionais ao adotar como medidas o cuidado integral da criança e o fortalecimento de vínculos familiares, para que o papel das famílias (de cuidado, de proteção e de educação) de crianças até 6 anos de idade seja plenamente exercido.

Além das regulamentações mencionadas, outros programas governamentais, a exemplo do Programa Brasil Carinhoso (Lei nº 570, de 14 de março de 2012)⁵⁰ e do Programa Nacional de Reestruturação e Aquisição de Equipamentos para a Rede Escolar Pública de Educação Infantil — Proinfância (Resolução nº 6, de 24 de abril de 2007),⁵¹ também possuem como foco a primeira infância. Contudo, estão vinculados, prioritariamente, a áreas como educação e assistência social.

Embora não se desconsiderem eventuais vulnerabilidades orgânicas constitucionais do bebê ou as provocadas pelo ambiente, percebe-se que, mesmo diante de diversas alternativas de tratamento (por exemplo, reorganização de rotinas, inserção de fármaco específico, prescrição de tratamento farmacológico, entre outros), as manifestações somáticas permanecem, sendo refratárias a essas alternativas, o que leva ao esgotamento da mãe, do pai e da família como um todo. Muitas vezes, isso resulta em uma busca recorrente dos pais/cuidadores pelos serviços de saúde.

O sintoma psicofuncional, embora expresso pelo corpo, é um indicativo de dificuldades relacionais, devendo ser entendido como parte de um contexto. Por isso, é preciso atentar não apenas para o sintoma e sua causa, que pode ser identificada como física, mas, principalmente, para a vulnerabilidade física e emocional do bebê, que levou ao surgimento desse sintoma. Daí, a necessidade de analisar o contexto da criança, o que inclui, entre outros aspectos relevantes:⁵²⁻⁵⁷

- as suas características pessoais e as características dos seus cuidadores;
- a relação do bebê com seus cuidadores;
- a comunicação e os afetos presentes na relação do bebê com seus cuidadores;
- o estado geral de saúde do bebê e de sua família.

■ INVESTIGAÇÃO DE SINTOMAS PSICOFUNCIONAIS EM BEBÊS BRASILEIROS

Na pesquisa realizada no Estado do Rio Grande do Sul (SINBEBÊ),⁵⁸ de um total de 162 bebês avaliados (de 6 a 12 meses de vida), 37% apresentaram algum tipo de sintoma somático funcional, de acordo com o Symptom Checklist, como retratado na Figura 1. Os sintomas mais frequentes foram aqueles vinculados à respiração, ao sono e ao comportamento. Já os menos presentes foram relacionados à digestão e à pele. O detalhamento da frequência dos sintomas pode ser observado no Quadro 3.

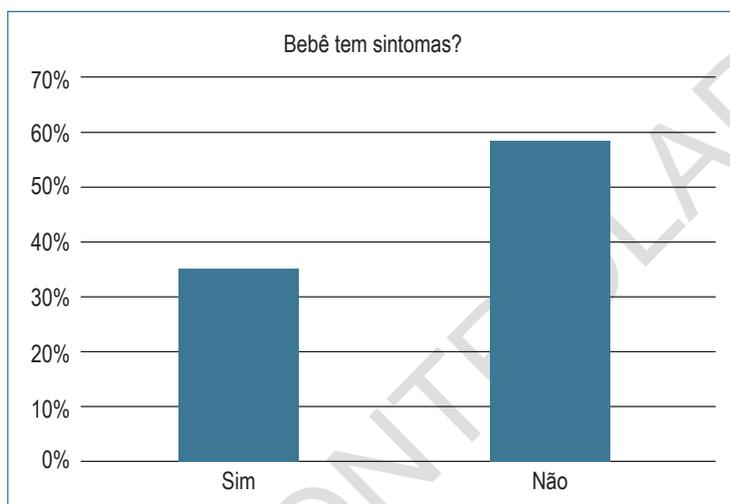


Figura 1 — Presença de sintomatologia funcional na amostra estudada (número igual a 162 bebês).
Fonte: Adaptada de Levandowski e colaboradores (2012).⁵⁸

Quadro 3

PRESENÇA DE SINTOMATOLOGIA PSICOFUNCIONAL NO BEBÊ CONFORME O TIPO DE SINTOMA PARA CADA FUNÇÃO SOMÁTICA AVALIADA			
Tipo	Característica	Presença (%)	Número
Respiração	Tem problemas respiratórios frequentemente.	20	32
Sono	Seu tempo para dormir costuma ser mais de 1 hora. Tem pesadelos em todas ou quase todas as noites.	8,1	13
Comportamento	Tem intensidade e frequência de crises de raiva.	6,8	11
	Tem medo e timidez.	3,4	3
	Tem dificuldades de separação.	5,8	9
Pele	Tem eczema de pele de duração de 1 semana a crônica.	5,1	5
Digestão	Sente dor de barriga em todas as refeições ou quase todas. Fica constipado.	1,9	3
Alimentação	Tem o seu momento de refeição considerado difícil.	1,2	2
Alergia	Tem alergia de intensidade forte a alimentos ou cutânea.	1,2	2

Fonte: Adaptado de Levandowski e colaboradores (2012).⁵⁸

■ INTERVENÇÕES COM FOCO NA SINTOMATOLOGIA PSICOFUNCIONAL

Os sintomas físicos podem ser transitórios e, inclusive, se modificarem à medida que o bebê cresce e adquire novas habilidades de regulação do seu organismo e do seu comportamento. Por exemplo, um bebê que apresenta dificuldades com o sono pode passar a dormir melhor. Contudo, é necessário investigar se ele não começou a apresentar dificuldades alimentares ou problemas de pele ou comportamento. Essas aparentes “resoluções” dos sintomas podem indicar que o padrão de dificuldades na relação pais–bebê não se alterou e continua sobrecarregando psicologicamente a criança.



Em caso de dúvidas quanto ao desenvolvimento do bebê, deve-se contatar o pediatra, que tem uma visão completa do crescimento e de desenvolvimento infantil e poderá realizar o encaminhamento da família para um profissional de saúde mental (psicólogo ou psiquiatra). Esse, em seu atendimento, buscará investigar dificuldades contextuais, familiares, conjugais e/ou individuais de cada progenitor que podem estar interferindo no aparecimento desses sintomas do bebê.



Uma possibilidade de intervenção dos profissionais de saúde mental é o atendimento conjunto em psicoterapia pais–bebê. Essa modalidade terapêutica compreende as psicopatologias do bebê no contexto da relação pais–bebê, na medida em que podem estar associadas a perturbações relacionais.⁵⁹⁻⁶¹



ATIVIDADES

5. Sobre as variáveis associadas à presença de sintomas psicofuncionais nos bebês de acordo com a realidade brasileira, marque **V** (verdadeiro) ou **F** (falso).

- () Prematuridade.
- () Complicações na gravidez.
- () Depressão pós-parto.
- () Dificuldade alimentar.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- A) V — V — F — F
- B) F — V — F — V
- C) V — F — V — F
- D) F — F — V — V

Resposta no final do capítulo

6. Assinale a alternativa correta sobre como a disponibilidade emocional da mãe para as questões alimentares do bebê pode ser observada.

- A) Por meio do oferecimento de diferentes alimentos e em distintas quantidades.
- B) Por meio de constantes trocas de fraldas após as refeições.
- C) Por meio da interpretação do choro da criança, pois nem sempre o choro significa fome.
- D) Por meio do oferecimento do bico como recurso para aplacar a fome do bebê.

Resposta no final do capítulo

7. O surgimento de sintomas somáticos funcionais pode estar associado a diversos fatores do bebê, dos pais e do contexto em que estão inseridos. Observe as afirmativas sobre todas as variáveis consideradas fatores de risco para o aparecimento desses sintomas nos bebês.

- I — Saúde mental materna.
- II — Relacionamento conjugal.
- III — Suporte social.
- IV — Depressão pós-parto.

Quais estão corretas?

- A) Apenas a I e a II.
- B) Apenas a I, a II e a IV.
- C) Apenas a II, a III e a IV.
- D) Apenas a III e a IV.

Resposta no final do capítulo

8. De que forma o relacionamento conjugal pode repercutir sobre os problemas psicofuncionais do bebê?

.....
.....
.....
.....

Resposta no final do capítulo

9. Sobre as variáveis associadas a sintomas do sono, marque **V** (verdadeiro) ou **F** (falso).

- () Depressão e ansiedade materna.
- () Adversidades financeiras.
- () Disfunção familiar.
- () Dificuldades na relação mãe-bebê.

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta.

- A) V — F — V — F
- B) V — V — F — F
- C) F — F — F — V
- D) F — V — V — V

Resposta no final do capítulo

10. Quais são os princípios para orientar as ações de proteção e de promoção dos direitos das crianças de acordo com o PNPI?

.....
.....
.....
.....

Resposta no final do capítulo

11. Qual o instrumento legal que institui o Programa Criança Feliz?

- A) Lei nº 13.257/2016.
- B) Decreto nº 8.869/2016.
- C) Lei nº 570/2012.
- D) Resolução nº 6/2007.

Resposta no final do capítulo

12. Observe as afirmativas sobre as regulamentações e os programas governamentais.

- I — Visam a promover o desenvolvimento integral na primeira infância.
- II — Contribuem para a prevenção de sintomas psicofuncionais.
- III — Fortalecem o vínculo familiar de cuidado, de proteção e de educação para as crianças de até 10 anos de idade.

Qual(is) está(ão) correta(s)?

- A) Apenas a I.
- B) Apenas a I e a II.
- C) Apenas a II e a III.
- D) A I, a II e a III.

Resposta no final do capítulo

13. Sobre os sintomas do bebê, assinale a alternativa correta.

- A) Os sintomas mais comuns apresentados por bebês são os comportamentais e os vinculados à alimentação.
- B) Mais de 70% dos bebês não apresentam sintomas de sono até os 12 meses de idade.
- C) Os estudos brasileiros sobre a temática dos sintomas somático-funcionais são numerosos e têm sido predominantemente realizados nos últimos 5 anos.
- D) Os sintomas psicofuncionais evidenciam a psicopatologia no bebê.

Resposta no final do capítulo

14. Sobre os tipos de sintomas somáticos corporais, assinale a alternativa correta.

- A) O bebê acordar chorando desesperadamente caracteriza um sintoma de comportamento.
- B) O bebê ter um alimento preferido pode ser considerado um sintoma alimentar.
- C) O bebê ficar muito angustiado e chorar de forma incontrolável pode representar um sintoma de comportamento.
- D) A gripe pode ser um tipo de sintoma de respiração do bebê.

Resposta no final do capítulo

15. Como deve ser feita a correta avaliação de sintomas psicofuncionais?

- A) Procurando-se as causas orgânicas dos sintomas.
- B) De preferência, por profissional especializado em saúde materno-infantil.
- C) Considerando-se os fatores genético-familiares.
- D) Utilizando-se apenas instrumentos padronizados.

Resposta no final do capítulo

16. Qual a abrangência da psicoterapia pais–bebê?

.....
.....
.....
.....

Resposta no final do capítulo

■ EXEMPLOS CLÍNICOS

A fim de ilustrar o tema deste capítulo e as possibilidades de intervenção, a seguir, são apresentados dois exemplos clínicos de famílias cujos bebês manifestaram sintomas psicofuncionais. O primeiro deles retrata, de forma resumida, um processo de psicoterapia breve pais–bebê, enquanto que o segundo é um relato de dados coletados no âmbito de uma pesquisa.

EXEMPLO CLÍNICO 1



Maria, 24 anos de idade, casada há 2 anos com Pedro, 26 anos de idade. São pais de João, de 9 meses de idade, cuja gestação não foi planejada. Maria buscou psicoterapia mãe–bebê por causa de sintomas depressivos e de dificuldades no relacionamento com o filho.

Na avaliação inicial, ao responder o Symptom Checklist, a mãe relatou dificuldades nas áreas de sono, alimentação, digestão e comportamento, especificamente separação e birra. O bebê foi descrito como difícil; acordava inúmeras vezes durante a noite, nunca tinha dormido no berço, era muito birrento, gritava e chorava muito quando contrariado. Para acalmá-lo, a mãe sempre utilizava mamadeira ou oferecia uma bolacha. Caso estivessem em casa, ela o deixava chorando no berço, para que se acalmasse sozinho.

Ao mesmo tempo, Maria percebia que os comportamentos do bebê pioravam nos dias em que ela não se sentia bem e que estava mais irritada. A mãe também comentou que estava muito decepcionada com os poucos cuidados dispensados ao filho pelo marido.

Maria preencheu os critérios para a presença de sintomas depressivos tanto na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo quanto no Mini International Neuropsychiatric Interview. Os indicadores de depressão também foram observados em uma entrevista clínica, que contemplou aspectos de gestação, parto, maternidade, desenvolvimento do bebê e saúde mental.

Foi oferecida para Maria a psicoterapia breve mãe–bebê, na modalidade de grupo, que estava sendo organizada como parte de um projeto de pesquisa do Núcleo de Pesquisa e Intervenção em Famílias com Bebês e Crianças (Nufabe) na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Essa modalidade contemplava 10 a 12 sessões de psicoterapia conjunta mãe–bebê, com participação de um familiar, preferencialmente o pai do bebê, em duas sessões previamente combinadas.

Já na primeira sessão de psicoterapia, realizada após a avaliação, a mãe comentou que estava surpresa porque, pela primeira vez, o bebê tinha dormido várias noites inteiras, sem acordar. Ela associou que também estava mais calma ao longo dessa última semana. No grupo, o bebê se mostrava tranquilo, buscando brincar com as terapeutas, com as outras crianças e com as outras mães. Observou-se que, nas vezes em que João buscou interagir com a mãe, Maria bruscamente mudava o filho de posição, sem conversar com ele, sem antecipar suas ações e sem manter contato visual.

A mãe se queixou de que não podia contrariar o bebê e de como ele a solicitava quando estavam em casa. A representação da mãe sobre seu bebê foi contrastada em uma sessão em que o pai esteve presente e relatou que achava o filho muito tranquilo e sorridente. A mãe mostrou-se surpresa com a incongruência entre a representação que tinha sobre o bebê e a do seu marido. O casal passou boa parte dessa sessão conversando sobre isso, com intermediação das terapeutas.

Ao final das 10 sessões, que foi a duração da psicoterapia neste caso, a mãe não apresentou mais sintomas depressivos e nem relatou alguma sintomatologia no bebê, que foi referido como alegre e extremamente carinhoso. A mãe comentou que passou a perceber os momentos que seu filho precisava de colo e não interpretava mais eles como manha ou dificuldade de ficar sozinho, mas, sim, como um momento importante para a dupla. Maria também referiu que, quando ela se mostrava disponível a interagir nesses momentos com o filho, percebia que o menino ficava tranquilo e ela, então, podia fazer suas tarefas ou incluí-lo em suas atividades rotineiras.

Neste caso, a percepção negativa que a mãe tinha dos comportamentos de seu bebê possivelmente estava, também, associada à presença dos sintomas depressivos detectados na avaliação. Foi constatada uma nítida melhora na leitura que a mãe fazia dos comportamentos do filho, não mais atribuindo um caráter patológico ao que entendia como uma necessidade de contato do bebê, ao final da psicoterapia.

A observação da interação também revelou harmonia entre mãe e filho, com a mãe modulando a voz frente ao bebê, falando em um tom de voz mais tranquilo e ritmado (“mamanhês”), agachando-se para brincar com ele em algumas sessões, mantendo contato visual e exibindo várias demonstrações de afeto, como beijos e abraços.

Dirigir a fala ao bebê é um indicador importante de sensibilidade parental, pois significa entendê-lo como capaz, inclusive, de ensinar coisas. Por isso, conversar com ele e considerar o que ele tem a dizer, mesmo que para isso tenha que falar em seu nome,⁶² significa colocar o bebê como um parceiro ativo da interação. No presente caso, perceberam-se mudanças na interação mãe–bebê a partir da melhora dos sintomas depressivos maternos, indicando a importância de ambos os aspectos para um desenvolvimento saudável.

O apoio do esposo também pareceu ter sido importante para o bom desfecho do caso, visto que, ao final do processo, Maria revelou que passou a solicitar mais o apoio de Pedro nos cuidados com o filho, bem como de alguns familiares, algo que antes ela considerava que deveria ser manifestado de forma espontânea da parte deles. O marido se mostrou muito preocupado na sessão em que participou, pois achava que sua esposa estava apenas cansada; não imaginava que ela poderia estar com depressão pós-parto. Após isso, passou a ser mais participativo nos cuidados com o filho.

Entende-se a necessidade e a importância de intervenções precoces, na medida em que as pessoas que cuidam de um bebê podem ficar tão desamparadas quanto o próprio bebê,⁶³ havendo um confronto de desamparos, que pode repercutir na emergência de sintomas no bebê. Também se destacam os múltiplos fatores associados à emergência dos sintomas da criança, como a saúde mental materna, o apoio do companheiro e da família (ou falta de) e a qualidade da interação mãe–bebê.



ATIVIDADE

17. Sobre o motivo da ocorrência de sintomatologia psicofuncional no bebê do exemplo clínico 1, assinale a alternativa correta.

- A) É decorrente de um processo patológico vinculado à genética do bebê.
- B) Deve-se às disfunções dos relacionamentos familiares e do relacionamento conjugal.
- C) Acontece apenas em famílias disfuncionais.
- D) É multideterminada e bastante associada à qualidade da interação mãe-bebê.

Resposta no final do capítulo

EXEMPLO CLÍNICO 2

O caso descrito a seguir foi contatado como parte de um projeto de pesquisa que contou com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e que buscou avaliar a relação entre o funcionamento alexitímico materno e a manifestação de sintomas psicofuncionais do bebê. Na etapa inicial do projeto de pesquisa, foi realizada uma avaliação em profundidade de diversos casos, por meio de entrevistas e de observações.

A alexitimia tem sido estudada por meio de ⁶⁴

- dificuldade para identificar e para descrever sentimentos subjetivos;
- dificuldade de distinguir emoções e sensações físicas;
- escassez de sonho e incapacidade de simbolizar ou relacionar afeto e fantasia;
- estilo de raciocínio concreto e objetivo, voltado para a realidade externa.

Para McDougall,¹¹ as vivências emocionais primárias entre mãe e filho seriam determinantes na constituição de sujeitos alexitímicos.



Fernanda, 34 anos de idade, casada com Fábio há 16 anos e mãe de Felipe, de 1 ano e 3 meses de idade, cuja gestação, segundo ela, foi muito desejada e planejada pelo casal.

Fernanda relatou uma infância difícil, com falta de afeto por parte dos pais e certo sentimento de rejeição, que a acompanhava até aquele momento. Ela foi criada pela avó materna, uma pessoa bastante afetiva, mas que não pode substituir ou preencher o vazio da falta de afeto deixada pelos pais. Tais experiências podem estar na origem do seu funcionamento alexitímico, indicado pela aplicação da Toronto Alexithymia Scale (TAS-26).

A história de Fernanda com o filho Felipe foi narrada por ela como sendo repleta de bons momentos, pois o bebê havia sido muito desejado e era muito amado. Apesar disso, durante a gestação, ela tinha muito medo de que ele nascesse prematuro, apesar de não haver nenhum fator de risco identificado para isso. Também lembrou das dificuldades experimentadas durante os dois primeiros meses após o parto, referindo sintomas depressivos que precisaram ser tratados com medicação. Felipe foi amamentado ao seio por 1 mês, e Fernanda diz se sentir muito frustrada por não tê-lo amamentado por mais tempo.

Ao ser questionada sobre os possíveis sintomas do bebê, Fernanda respondeu que o sono de Felipe era razoável e que ela acreditava que o filho tinha problemas nessa área. Além disso, descreveu o comportamento de Felipe como difícil, pois, segundo ela, ele costumava se mostrar irritado, brabo e birrento, chegando a ficar “roxo” e a assustá-la nos momentos de “crise”. Apesar disso, Fernanda não considerava tais comportamentos como um problema, atribuindo-os a características de personalidade de Felipe. Para ela, isso mostrava o quanto o filho já era decidido e determinado.

Da mesma forma, a alimentação foi descrita como problemática, embora a mãe não considerasse um problema o fato de Felipe, com 1 ano e 3 meses de idade, ainda estar rejeitando comidas salgadas e ser bastante seletivo na escolha dos alimentos, preferindo a mamadeira. Ao falar dos problemas com a alimentação, a mãe só conseguia pensar que era a dentição que estava provocando os problemas de Felipe, sem chegar a formular alguma hipótese sobre como o bebê se sentia ou o que ele pensava ao rejeitar o alimento.

Esse projeto de pesquisa não previa intervenção, mas a mãe, que já se encontrava em psicoterapia individual, foi orientada a seguir em tratamento, em função da dificuldade observada, uma vez que ela não conseguia perceber e compreender tanto os próprios estados mentais (sentimentos, crenças, intenções e desejos) quanto os estados mentais do bebê.



ATIVIDADE

18. De acordo com o exemplo clínico 2, de que forma a alexitimia materna pode estar relacionada aos sintomas psicofuncionais em bebês?

.....

.....

.....

.....

Resposta no final do capítulo

■ CONCLUSÃO

A dependência física e emocional do bebê nos primeiros anos de vida requer dos cuidadores habilidades de identificação e compreensão das suas necessidades, bem como previsibilidade e sensibilidade para o atendimento delas. É isso que possibilitará ao bebê se constituir subjetivamente. As dificuldades sistemáticas nessas habilidades significam para o bebê uma intrusão ambiental, o que lhe gera angústia, pela sua impossibilidade de compreensão e elaboração dessas falhas no atendimento de suas necessidades.

O excesso ao aparato psíquico ainda em formação do bebê pode ser expresso pela via corporal, diante da ausência de linguagem e de simbolização. Desse modo, pode se manifestar por meio de sintomas psicofuncionais, que atingem as principais funções orgânicas do bebê. Poucos estudos abordam os sintomas físicos e comportamentais apresentados pelos bebês com enfoque na sua característica relacional e psicossomática. Neste capítulo, a partir dessa perspectiva, destacou-se a importância de se (re)conhecer tal sintomatologia e atentar para a sua complexidade ao se realizar a avaliação e o tratamento dessas manifestações.

■ RESPOSTAS ÀS ATIVIDADES E COMENTÁRIOS

Atividade 1

Resposta: **D**

Comentário: A criança que nasce sai de sua condição intrauterina e se depara com uma realidade que não entende e diante da qual se encontra ainda indefesa.

Atividade 2

Resposta: **A**

Comentário: O desenvolvimento inicial do bebê é marcado pela imaturidade física e psíquica, o que acarreta a necessidade de cuidados físicos e de sustentação psíquica para a sua constituição enquanto sujeito.

Atividade 3

Resposta: As principais funções de regulação funcional do bebê são sono, alimentação, digestão, respiração, pele e comportamento.

Atividade 4

Resposta: Os sintomas psicofuncionais podem ser entendidos como manifestações somáticas e/ou do comportamento da criança, sem causa orgânica identificada ou definida, que sinalizam dificuldades na comunicação e na relação pais–bebê. Essas manifestações devem ser diagnosticadas e tratadas precocemente, pois esses sintomas podem, mais tarde, persistir ou mesmo aparecer de forma mais grave ou intensa, impactando o desenvolvimento infantil.

Atividade 5

Resposta: **C**

Comentário: No contexto nacional, uma recente revisão sistemática da literatura, realizada por Frizzo e colaboradores, em 2018, indicou que as variáveis mais associadas à presença de sintomas psicofuncionais de bebês foram a prematuridade e a depressão pós-parto.

Atividade 6**Resposta: C**

Comentário: As mães emocionalmente pouco disponíveis podem ter dificuldade de compreender os estados mentais do bebê e identificar as suas necessidades. Assim, costumam oferecer mamadeira ou alimentos a ele, como resposta-padrão ao choro.

Atividade 7**Resposta: B**

Comentário: O suporte social, a partir dos estudos revisados, pode ser considerado um fator protetivo para o bebê, pois repercute positivamente sobre o bem-estar dos cuidadores, quando disponível. O suporte social compreende qualquer tipo de apoio oferecido e/ou buscado pelos cuidadores (informações, suporte emocional, conselhos, dinheiro, auxílio para tarefas práticas, entre outros) e pode ser proveniente de cônjuge, família ampliada, amigos, vizinhos e até mesmo profissionais de saúde. Trata-se de um tema que merece ser investigado de forma mais detalhada em estudos futuros.

Atividade 8

Resposta: O relacionamento precisa ser avaliado quando há problemas psicofuncionais do bebê, em especial, se associado com a depressão da mãe. Com frequência, algumas pessoas, na transição para a parentalidade, não conseguem preservar seus interesses pessoais e, principalmente, sua relação de casal. Não é incomum que, em famílias com filhos pequenos, os casais dediquem muito tempo aos cuidados, relegando a conjugalidade a um segundo plano. Algumas vezes isso gera, nos cônjuges, um sentimento de insuficiência, de fracasso e de esgotamento, repercutindo no cuidado e na interação com o bebê. A clínica pais-bebê mostra, muito frequentemente, como ideais parentais muito exigentes podem afetar e até perturbar a vida afetiva do casal.

Atividade 9**Resposta: B**

Comentário: As variáveis associadas a sintomas de sono são depressão e ansiedade materna e adversidades financeiras.

Atividade 10

Resposta: Entre os princípios para orientar as ações de proteção e de promoção dos direitos das crianças presentes no PNPI, estão a compreensão da criança como sujeito, indivíduo, único, com valor em si mesmo; a integralidade da criança; a inclusão; a integração de visões científicas e humanísticas em relação às ações direcionadas às crianças; os direitos das crianças como prioridade absoluta; a prioridade da atenção, dos recursos, dos programas e das ações para as crianças socialmente mais vulneráveis.

Atividade 11**Resposta: B**

Comentário: O Programa Criança Feliz foi instituído por meio do Decreto nº 8.869/2016 e alterado pelo Decreto nº 9.579/2018.

Atividade 12**Resposta: B**

Comentário: As políticas públicas e as regulamentações visam à promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, considerando a família e o contexto de vida. Nesse sentido, parecem contribuir para a prevenção de sintomas psicofuncionais ao adotar como medidas o cuidado integral da criança e o fortalecimento de vínculos familiares, para que o papel das famílias (de cuidado, de proteção e de educação) de crianças até 6 anos de idade seja plenamente exercido.

Atividade 13**Resposta: D**

Comentário: O corpo é a via pela qual o bebê sinaliza o seu sofrimento, decorrente do descompasso entre as suas necessidades e o que o ambiente lhe oferece. Embora não se constituam em um diagnóstico bem estabelecido e não retratem necessariamente uma condição clínica psicopatológica (por exemplo, um transtorno), esses sintomas expressam o sofrimento do bebê, sendo, portanto, indicativos da sua psicopatologia. Um sintoma, embora inicialmente orgânico ou comportamental, pode se complexificar ao longo do tempo e se tornar de difícil manejo.

Atividade 14**Resposta: C**

Comentário: As crises de birra, a teimosia, a brabeza, assim como a dificuldade de se separar da mãe ou de alguma pessoa próxima importante, também são consideradas sintomas de comportamento, bem como ficar muito angustiado e chorar de forma incontrolável.

Atividade 15**Resposta: B**

Comentário: Entende-se que os profissionais especializados em saúde materno-infantil poderão se atentar aos aspectos relacionais da tríade pais-bebê e, com isso, melhor contextualizar os sintomas.

Atividade 16

Resposta: A psicoterapia pais-bebê compreende as psicopatologias do bebê no contexto da relação pais-bebê, na medida em que podem estar associadas a perturbações relacionais.

Atividade 17**Resposta: D**

Comentário: Os sintomas psicofuncionais do bebê devem ser considerados como tendo etiologia múltipla, pois, neles, estão imbricados fatores relacionais, vínculo mãe-bebê, saúde mental materna, fatores disposicionais da criança e presença ou ausência de rede de apoio conjugal e familiar.

Atividade 18

Resposta: Os sintomas psicofuncionais sinalizam dificuldades na relação pais-bebê. A alexitimia é uma condição psíquica que repercute sobre a interação e a relação mãe-bebê, pois dificulta à mãe formular hipóteses sobre como o bebê se sente ou o que ele pensa. Esse é um exercício necessário para que o bebê se sinta acolhido nas suas necessidades e não precise acionar seu sistema somático para se defender: alguém que pense por ele, que possa identificar seus estados mentais subjacentes aos comportamentos e que devolva uma nomeação que vá ao encontro da sua singularidade. Assim, a alexitimia dificulta a identificação e o atendimento das necessidades do bebê, podendo gerar um descompasso entre as suas demandas e o que o ambiente de fato lhe proporciona.

■ REFERÊNCIAS

1. Bornstein, M. H., Putnick, D. L., & Suwalsky, J. T. (2016). Emotional interactions in european american mother-infant first born and second born dyads: a within-family study. *Developmental Psychology*, 52(9), 1363–1369.
2. Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
3. Klaus, M. H., & Kennel, J. H. (1992). *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

4. Mellier, D. (2014). The psychic envelopes in psychoanalytic theories of infancy. *Frontiers of Psychology*, 5(734), 1–9.
5. Kon, N. M. (2000). Êxodo e desamparo. *Psychê*, 4(6), 105–119.
6. Kreisler, L. (1978). *A criança psicossomática*. Lisboa: Estampa.
7. Marcelli, D., & Cohen, D. (2016). *Infância e psicopatologia* (8a ed.). Porto Alegre: Artmed.
8. Pinto, E. B. (2004). Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 451–457.
9. Feliciano, D. S., & Souza, A. S. L. (2011). Para além do seio: uma proposta de intervenção psicanalítica pais-bebê a partir de dificuldades na amamentação. *Jornal de Psicanálise*, 44(81), 145–161.
10. Marty, P. (1993). *A psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.
11. McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
12. Bion, W. R. (1973). *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
13. Bowlby, J. A. (1989). *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
14. Winnicott, D. W. (1990). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 38–54). Porto Alegre: Artes Médicas.
15. Winnicott, D. W. (1998). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
16. Simpson, T. E., Condon, E., Price, R. M., Finch, B. K., Sadler, L. S., & Ordway, M. R. (2016). Demystifying infant mental health: what the primary care provider needs to know. *Journal of Pediatric Health Care*, 30(1), 38–48.
17. Ammitzball, J., Holstein, B. E., Wilms, L., Andersen, A., & Skovgaard, A. M. (2016). A new measure for infant mental health screening: development and initial validation. *BMC Pediatrics*, 16, 197–206.
18. Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., ... Lerner, R. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology*, 6(1), 48–68.
19. Klein, M. (Org.) (1982). *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
20. Debray, R. (1988). *Bebês/mães em revolta: tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Porto Alegre: Artes Médicas.
21. Peçanha, D. L. (1993). A interação triádica: mãe, criança e pessoa estranha, na presença de asma infantil. *Boletim de Psicologia da Sociedade de Psicologia de São Paulo*, XLIII, 43, 47–58.
22. Ranña, W. (1997). Psicossomática e o infantil: uma abordagem por meio da pulsão e da relação objetal. In F. C. Ferraz, & R. M. Volich (Orgs.), *Psicossoma: psicossomática psicanalítica* (pp. 103–128). São Paulo: Casa do Psicólogo.
23. Quezada, V., & Santelices, M. P. (2010). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 53–61.

24. Hipwell, A. E., Goossens, F. A., Melhuish, E. C., & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant–mother attachment. *Development and Psychopathology*, 12(2), 157–175.
25. PauliPott, U., Mertesacker, B., & Beckmann, D. (2004). Predicting the development of infant emotionality from maternal characteristics. *Development and Psychopathology*, 16(1), 19–42.
26. Smarius, L. J. C. A., Strieder, T. G. A., Loomans, E. M., Doreleijers, T. A. H., Vrijotte, T. G. M., Gemke, R. J., & van Eijsden, M. (2017). Excessive infant crying doubles the risk of mood and behavioral problems at age 5: Evidence for mediation by maternal characteristics. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(3), 293–302.
27. Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D. N., Rusconi Serpa, S., Bachmann, J-P., Palacio-Espasa, F., ... Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Reports on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 97–114.
28. van Tilburg, M. A., Hyman, P. E., Walker, L., Rouster, A., Palsson, O. S., Kim, S. M., & Whitehead, W. E. (2015). Prevalence of functional gastrointestinal disorders in infants and toddlers. *Journal of Pediatrics*, 166(3), 684–689.
29. Lopes, E. R., Jansen, K., Quevedo, L. A., Vanila, R. G., Silva, R. A., & Pinheiro, R. T. (2010). Depressão pós-parto e alterações de sono aos 12 meses em bebês nascidos na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 88–93.
30. Raskin, D., Kruse, L., Nunes, M. L. T., & Merg, M. (2012). Perfil dos pacientes do setor de intervenções precoces do CEAPIA: um estudo descritivo – 2000 a 2010. *Publicação CEAPIA*, 21, 35–46.
31. Robert-Tissot, C., Rusconi-Serpa, S., Bachman, J. P., Besson, G., Cramer, B., Knauer, D., ... Palácio-Espasa, F. (1989). Le questionnaire “Sympton Check-List”. In S. Lebovici, P. Mazet, & J. P. Visier (Orgs.), *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires* (pp. 179–186). Paris: Eshel.
32. Frizzo, G. B., Azevedo, E. C., Rosa, F. S., Donelli, T. M. S., Levandowski, D. C., & Marin, A. H. (2018). Avaliação de sintomas psicofuncionais em bebês: revisão crítica da literatura sobre o uso do Symptom Checklist. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(2), 100–117.
33. Skovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jørgensen, T., Olsen, E. M., ... Lichtenberg, A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1(1/2) years of age - The Copenhagen Child Cohort 2000. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 62–70.
34. Viaux-Savelon, S., Rabain, D., Aidane, E., Bonnet, P., Oca, M. M., Camon-Se'ne'chal, L., ... Cohen, D. (2010). Phenomenology, psychopathology, and short-term therapeutic outcome of 102 infants aged 0 to 12 months consecutively referred to a community-based 0 to 3 mental health clinic. *Infant Mental Health Journal*, 31(2), 242–253.
35. Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger A., & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118(1), 107–114.
36. Giallo, R., Cooklin, A., Wade, C., D'Esposito, F., & Nicholson, J. M. (2014). Maternal postnatal mental health and later emotional–behavioural development of children: the mediating role of parenting behaviour. *Child Care and Health Development*, 40(3), 327–336.
37. Savage, J. S., & Birch, L. L. (2017). 'WIC mothers' depressive symptoms are associated with greater use of feeding to soothe, regardless of perceived child negativity'. *Pediatric Obesity*, 12(2), 155–162.
38. de Campora, G., Larciprete, G., Delogu, A. M., Meldolesi, C., & Giromini, L. (2016). A longitudinal study on emotional dysregulation and obesity risk: from pregnancy to 3 years of age of the baby. *Appetite*, 96, 95–101.

39. Frizzo, G. B., Vivian, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. C. S. (2013). Crying as a form of parent-infant communication in the context of maternal depression. *Journal of Child and Family Studies*, 22(4), 569–581.
40. Lilja, G., Edhborg, M., & Nissen, E. (2012). Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 245–253.
41. Cortes, A., Castillo, A., & Sciaraffia, A. (2018). Food allergy: children's symptom levels are associated with mothers' psycho-socio-economic variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 104, 48–54.
42. Silva, H. C., Silva, M. R., Frizzo, G. B., & Donelli, T. M. S. (2018). Sintomas psicofuncionais e depressão materna: um estudo qualitativo. *Psico-USF*, 23(1), 59–70.
43. Santos, C., Donelli, T. S., & Frizzo, G. B. (2018). Sintomas alimentares infantis e a interação mãe-bebê. *Acta Psicossomatica*, 1(1), 33–45.
44. Waldemar, J. O. C. (1998). Terapia de casal. In A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias: abordagens atuais* (pp. 119–128). Porto Alegre: Artes Médicas.
45. Peruchi, R. C., Donelli, T. M. S., & Marin, A. H. (2016). Ajustamento conjugal, relação mãe-bebê e sintomas psicofuncionais no primeiro ano de vida. *Quaderns de Psicologia*, 18(3), 55–67.
46. Zini, L. A. S., Frizzo, G. B., & Levandowski, D. C. (2018). Depressão materna e ajustamento conjugal de mães jovens e sua relação com a sintomatologia psicofuncional do bebê. *Pensando Famílias*, 22(2), 3–19.
47. Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Plano Nacional pela Primeira Infância. Brasília: Autor. Recuperado em 16 de junho de 2020, de <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/01/PNPI-Resumido.pdf>.
48. Brasil (2016). Presidência da República. Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016. Brasília: DOU.
49. Brasil. (2016). Decreto nº 8.869, de 05 de outubro de 2016. Brasília: DOU.
50. Brasil. Ministério da Educação. (2017). Brasil Carinhoso. Brasília: Autor. Recuperado em 26 de junho de 2020, de <https://www.fnde.gov.br/programas/brasil-carinhoso>.
51. Brasil. Ministério da Educação. (2007). Resolução nº 6, de 24 de abril de 2007. Brasília: Autor.
52. Ahlqvist-Björkroth, S., Vaarno, J., Junttila, N., Pajulo, M., Räihä, H., Niinikoski, H., & Lagström, H. (2016). Initiation and exclusivity of breastfeeding: association with mothers' and fathers' prenatal and postnatal depression and marital distress. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(4), 396–404.
53. Bob, P., Selesova, P., Raboch, J., & Kukla, L. (2015). Dissociative symptoms and mother's marital status in young adult population. *Medicine*, 94(2), e408.
54. Daryanani, I., Hamilton, J. L., McArthur, B. A., Steinberg, L., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2017). Cognitive vulnerabilities to depression for adolescents in single-mother and two-parent families. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(1), 213–227.
55. Emmott, E. H., & Mace, R. (2015). Practical support from fathers and grandmothers is associated with lower levels of breastfeeding in the UK Millennium Cohort Study. *PLoS ONE*, 10(7), e0133547.
56. Holden, L., Dobson, A. J., Ware, R. S., Hockey, R., & Lee, C. (2015). Longitudinal trajectory patterns of social support: correlates and associated mental health in an Australian national cohort of young women. *Quality of Life Research*, 24(9), 2075–2086.

57. Rudzik, A. E. F., & Ball, H. L. (2016). Exploring maternal perceptions of infant sleep and feeding method among mothers in the United Kingdom: a qualitative focus group study. *Maternal and Child Health Journal*, 20(1), 33–40.
58. Levandowski, D. C., Frizzo, G. B., Lopes, R. C. S., Marin, A. H., & Donelli, T. M. S. (2012). Sintomas psicofuncionais em bebês: mapeamento e avaliação. (Projeto de pesquisa não publicado). Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Porto Alegre, Brasil.
59. Cramer, B. G., & Palacio-Espasa, F. (1993). Técnicas psicoterápicas mãe/bebê: estudos clínicos e técnicos. Porto Alegre: Artes Médicas.
60. Fonagy, P., Slead, M., & Baradon, T. (2016). Randomized control trial of parent-infant psychotherapy for parents with mental health problems and young infants. *Infant Mental Health Journal*, 37(2), 97–114.
61. Silva, M. R., & Frizzo, G. B. (2015). Centro de atendimento pais-bebê. *Revista da Extensão*, 10, 63.
62. Barbosa, D. C. (2012). A clínica psicanalítica: de crianças a bebês, uma especificidade. *Estilos da Clínica*, 17(2), 262–277.
63. Winnicott, D. W. (2000). Psicoses e cuidados maternos. In: *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (pp. 305–315). Rio de Janeiro: Imago.
64. Carneiro, B. V., & Yoshida, E. M. P. (2009). Alexitimia: uma revisão do conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 103–108.
65. Winnicott, D. W. (1978). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. São Paulo: Francisco Alves.

Como citar este documento

Levandowski, D. C., Marin, A. H., Frizzo, G. B., Donelli, T. M. S., & Maia, G. N. (2020). Sintomas psicofuncionais em bebês: caracterização e avaliação. In Sociedade Brasileira de Psicologia, R. Gorayeb, M. C. Miyazaki & M. Teodoro (Orgs.), PROPSICO Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde: Ciclo 4 (pp. 121–51). Porto Alegre: Artmed Panamericana. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).