

Queixas iniciais no processo de psicoterapia pais-bebê

Initial complaints in the parent-infant psychotherapy process

**Monique Souza Schwochow, Bruna Gabriella Pedrotti, Manoela Yustas Mallmann,
Mílana da Rosa Silva, Giana Bitencourt Frizzo**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia.
Avenida Ramiro Barcelos, 2600, Santa Cecília, 90035-003. Porto Alegre, RS, Brasil.
moniqueschwochow@gmail.com, brunagabriellapedrotti@gmail.com,
manoelaymallmann@gmail.com, milenarsilva77@gmail.com, gifrizzo@gmail.com

Resumo: As queixas iniciais nos atendimentos de psicoterapia pais-bebê podem, por vezes, denunciar os principais sinais de sofrimento psíquico dos bebês, das mães e dos pais. Diante da importância destas problemáticas apontadas pelas famílias com bebês, o presente estudo teve como objetivo compreender as queixas apresentadas no período inicial do tratamento em um serviço de atendimento pais-bebê de uma universidade pública do sul do Brasil. A partir de uma pesquisa descritiva, foram analisadas as queixas iniciais presentes nos relatos de 23 famílias atendidas neste serviço entre os anos de 2013 e 2017. Os resultados encontrados nesta investigação apontam para a existência de três eixos centrais referentes às queixas: dificuldades relacionadas à maternidade, sintomas psicofuncionais no bebê e preocupações quanto ao desenvolvimento do bebê. As queixas iniciais de agressividade do bebê foram as mais frequentes neste estudo, junto às dificuldades na interação e no vínculo entre mãe-bebê. Com estes achados, espera-se auxiliar na compreensão do desenvolvimento das famílias com bebês e no incentivo à promoção de saúde das famílias com bebês.

Palavras-chave: queixas iniciais; psicoterapia pais-bebê; pesquisa em psicoterapia.

Abstract: The initial complaints in parent-infant psychotherapy can sometimes denounce the main signs of psychic suffering of infants, mothers and fathers. Given the importance of these issues raised by families with infants, the present study aimed to understand the complaints presented in the initial period of treatment in a parent-infant intervention center in a public university in the south of Brazil. Through a descriptive design, the initial complaints presented in the reports of 23 families that had been assisted in this service between the years of 2013 and 2017 were analyzed. The results found in this investigation pointed to the existence of three central axes related to the complaints: difficulties related to motherhood, infant's psychofunctional symptoms, and concerns regarding infant development. The initial complaints of infant's aggressiveness were the most frequent in this study, followed by difficulties in interaction and in the bond between mother and infant. With these findings, it is expected to improve the understanding of development of families with infants and to encourage health promotion of families with infants.

Keywords: initial complaints; parent-infant psychotherapy; psychotherapy research.

Introdução

Há uma riqueza e uma complexidade de elementos que se relacionam ao tornar-se mãe e pai e ao exercício da parentalidade. A chegada do bebê impulsiona transformações que exigem flexibilidade e reorganização da família. Ferreira *et al.* (2014) destacam que esta é considerada uma das maiores e mais exigentes mudanças pela qual o sistema familiar pode passar. Com a vinda do novo membro, torna-se necessário que os pais se organizem na divisão das tarefas de cuidado do bebê - respeitando, ainda, as demais atividades cotidianas de cada um - e, então, proporcionem um ambiente satisfatório para a família.

Diante da relevância das primeiras interações pais-bebê, atenta-se para o cuidado das relações familiares. Neste sentido, alguns estudiosos voltaram seus olhares para o tratamento psicológico de pais e seus bebês. Existem diferentes perspectivas teóricas no campo da psicoterapia pais-bebê, como a psicanalítica, a teoria do apego, as teorias desenvolvimentais ou a terapia cognitivo-comportamental. O fio-condutor de todas elas refere-se à preocupação em promover um desenvolvimento saudável para o bebê e seus pais, assim como considerar as experiências vividas tanto pelos pais quanto pelo bebê, para promover melhoras na relação entre eles (Lieberman e Van Horn, 2009).

Alguns autores contribuíram de forma significativa para o desenvolvimento da técnica de psicoterapia pais-bebê. Destacam-se os trabalhos de Fraiberg *et al.* (1994), referente ao conceito de fantasmas no quarto do bebê e seu caráter transgeracional; de Lebovici (1987), que buscou compreender as motivações conscientes e inconscientes do comportamento parental relacionadas ao bebê; e de Stern (1997), que sistematizou modelos de intervenção, tais como as escalas de desenvolvimento do bebê, a observação da interação mãe-bebê e as psicoterapias pais-bebê.

Preocupados com as dificuldades recorrentes nas primeiras relações familiares, Cramer e Palacio-Espasa (1993) trouxeram importantes contribuições no trabalho

precoce com bebês e suas famílias. Os autores enfatizaram as especificidades da terapia conjunta mãe-bebê que fazem desta uma prática única que conta com uma grande velocidade nas modificações subjetivas, interativas e sintomáticas. Os teóricos indicaram que no processo terapêutico deve buscar-se efetuar uma conexão entre os conflitos infantis e atuais da mãe e a interação mãe-bebê recente. Para Cramer e Palacio-Espasa, a interpretação dos conflitos constitui-se na maior força de mudança na psicoterapia mãe-bebê (Prado *et al.*, 2009).

Atualmente, existe vasto campo de estudos empíricos sobre a intervenção na díade ou tríade pais-bebê e sua efetividade em reduzir e modificar distúrbios na primeira infância (Salomonsson e Barimani, 2017; Willheim, 2013). Os sintomas psicossomáticos ou comportamentais do bebê se manifestam primeiramente na relação pais-bebê, antes mesmo de se transformar em um transtorno psicopatológico que afeta a psique da criança (Wendland, 2002). Por ser baseada na relação, a psicoterapia pais-bebê é uma alternativa de tratamento quando existem problemas relacionados à saúde mental da criança, que podem ocorrer devido a transtornos mentais dos pais, práticas parentais desadaptativas, desajustes na relação dos pais com a criança ou ainda por situações adversas que sirvam como possíveis estressores (Lieberman e Van Horn, 2009).

No trabalho de psicoterapia pais-bebê se espera que, a partir de uma aliança terapêutica estabelecida entre o profissional e os pais, abra-se a possibilidade de que o espaço terapêutico promova ajustes e melhor compreensão sobre os conflitos existentes na relação dos pais com seu bebê. O terapeuta age como um tradutor da experiência emocional dos pais e da criança, levando em consideração os conflitos parentais (Guedeney *et al.*, 2014). Nas sessões conjuntas com os pais e o bebê, o terapeuta é um facilitador na interação da família, agindo de forma espontânea e, através de técnicas como falar pelo bebê, promove a compreensão dos pais em relação a determinado comportamento do bebê, assim como ajuda o bebê a compreender, de forma acessível a ele, as atitudes dos pais (Lieberman e Van Horn, 2009).

Dessa forma, fica evidente que a intervenção na interação pais-bebê pode ajudar a diminuir ou cessar os sintomas e a regular as dificuldades encontradas entre eles, antes que se cristalizem no bebê (Wendland, 2002). Pode-se entender, portanto, que a psicoterapia pais-bebê pode promover vínculos afetivos satisfatórios, capazes de influenciar toda a família, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento do bebê (Prado et al., 2009).

A respeito da chegada das famílias para o tratamento pais-bebê, o psiquiatra Cramer (1993, p. 13) disse que: “a natureza da queixa indicará o ponto de emergência de uma dor psíquica mais profunda”. Este autor destacou que, em seu trabalho clínico, buscava sempre, de antemão, investigar a queixa inicial das mães sobre seus bebês. Segundo Cramer (1993), geralmente essa problemática estava relacionadas a choros, gritos, distúrbios do sono e/ou falta de apetite. Ele acrescentou, ainda, que algumas mães buscavam seu auxílio alegando que seus bebês eram pouco afetivos ou, então, agressivos.

Especificamente, a queixa corresponde aos aspectos manifestos dos sintomas que levam à busca por atendimento (Ieto e Cunha, 2007). Esta é enunciada em um momento inicial, então, no sentido de atribuir uma causa à busca por ajuda profissional. Através do processo de escuta da queixa, é possível apreender os conteúdos inconscientes que estão relacionados aos sintomas, o que corresponde à demanda (Ieto e Cunha, 2007). Desta forma, a queixa relatada pelo paciente não corresponderá, necessariamente, à demanda de tratamento. Entretanto, a queixa pode ser entendida como o anúncio da existência de um problema, cuja essência pode estar camuflada pelos conteúdos manifestos (Cramer, 1993).

Nesse sentido, Stern (1997) destaca a importância do que ele chama de “porta de entrada” para o processo de psicoterapia pais-bebê. Este conceito refere-se à situação inicial que é apresentada, seja através da queixa, ou seja através da observação da interação pais-bebê no primeiro encontro. Para o autor, a “porta de entrada” é a maneira de atingir o alvo teórico, modificando as representações, ou os

comportamentos manifestos que de alguma forma estão interferindo na relação familiar.

Com o início das pesquisas sobre os aspectos psicológicos que exercem interferências na relação mãe-bebê, ampliou-se o entendimento da complexidade envolvida no tornar-se pais (Houzel, 2004). Sabe-se que os pais podem apresentar dificuldades frente às demandas da parentalidade, que também interferem na interação com seus bebês. De modo geral, as dificuldades relacionadas à maternidade, incluindo os transtornos psiquiátricos próprios do período após o nascimento do bebê, como a depressão pós-parto, e os sintomas psicofuncionais do bebê parecem representar os principais problemas apresentados pelas famílias que buscam atendimento (Cramer, 1993; Gazal, *et al.*, 2012; Pinto, 2004; Raskin *et al.*, 2012; Recktenvald *et al.*, 2016).

No que tange à saúde mental das mães, o período posterior ao parto é marcado por grandes alterações biopsicossociais (Parfitt e Ayers, 2014; Stern, 1997). De acordo com Maldonado (2002), o puerpério caracteriza-se como um momento de grande vulnerabilidade a crises, devido às mudanças intra e interpessoais desencadeadas pelo evento, podendo ser um fator de risco para a saúde mental dos pais (Parfitt e Ayers, 2014). Durante esse período, é comum que a mãe experiencie sintomas de ansiedade e, até mesmo, depressão. As emoções são intensas e variadas. Os estados de euforia e depressão, os quais a mulher pode vivenciar no puerpério são definidos como “labilidade emocional” e as mudanças de humor podem ocorrer de forma abrupta. Devido a essas alterações, pode ser difícil identificar a depressão pós-parto. Nesses casos, a linha divisória do que é típico e do que é patológico é bastante tênue (Camacho *et al.*, 2006). Ainda assim, a depressão pós-parto é considerada a complicação psiquiátrica mais comum no período após o nascimento do bebê, atingindo índices de prevalência de 5% (Brockington *et al.*, 2017) e de 10 a 15% (Groer e Morgan, 2007; Yim *et al.*, 2010).

Entende-se que a chegada de um bebê e as exigências de adaptação provenientes deste acontecimento podem ser consideradas fatores de risco para a mãe (Piccinini *et al.*, 2012). Nesse sentido, o fato de as mães apresentarem sintomas depressivos pode refletir em transformações do processo de construção da maternidade (Sousa *et al.*, 2011). Com isso, a dinâmica familiar e a qualidade de vida dos membros dessa família também tenderão a sofrer modificações. Visto que as crianças são diretamente vulneráveis ao impacto do humor deprimido de suas mães, a depressão materna também produz repercussões na relação mãe-bebê no período do puerpério e nos anos subsequentes dessa relação, mostrando a importância do cuidado da saúde mental da mãe e do bebê no período pós-parto (Milgrom e Gemmill, 2014).

Conforme estudo de Lavi *et al.* (2015), as intervenções realizadas na psicoterapia mãe-bebê com 64 mães entre o terceiro trimestre gestacional e o sexto mês de vida do bebê auxiliaram na diminuição dos sintomas de depressão e estresse pós-traumático das mães e contribuíram positivamente no vínculo mãe-bebê. Por abarcar as experiências iniciais de vida do bebê, essa intervenção parece ter um relevante potencial de prevenção e promoção da saúde mental das díades mãe-bebê.

É preciso, ainda, compreender que o olhar em relação ao bebê e suas competências evoluiu significativamente nos últimos anos. De uma perspectiva passiva de simples lactente, com importância resumida à alimentação, a partir das décadas de 1940 e 1950, o bebê passou a ser visto como um ser ativo e capaz de se relacionar e procurar o olhar dos seus cuidadores (Golse, 2002). Atualmente, é consenso na literatura científica a importância dos três primeiros anos de vida do bebê para um desenvolvimento saudável (Correa e Correa Filho, 2002; Sirvinskiene *et al.*, 2016; Van den Bergh, 2011).

Quando existe um ambiente desfavorável, entretanto, o bebê pode comunicar seu sofrimento através de sintomas psicofuncionais (Feliciano e Souza, 2011; Golse, 2002). Dado que o bebê ainda não possui a capacidade de simbolização, que

possibilita processar sentimentos de satisfação e frustração, e que ainda não é possível expressar-se através de palavras, seu sofrimento psíquico é demonstrado através do corpo (Scalco e Donelli, 2014). Dessa forma, compreende-se que os sintomas psicofuncionais podem ser manifestações somáticas ou comportamentais do bebê, como distúrbios de sono, distúrbios alimentares, distúrbios digestivos e gástricos, distúrbios respiratórios, problemas de pele e distúrbios de comportamento, que podem estar relacionados a questões psicológicas que, de forma geral, podem sinalizar dificuldades na relação pais-bebê (Pinto, 2004). Como os sintomas possuem estreita relação com as condições do ambiente em que o bebê se desenvolve, é necessário ater-se ao contexto para compreender suas causas.

A literatura aponta, por exemplo, uma grande incidência de busca por atendimento psicoterápico em função de sintomas comportamentais em bebês de 0 a 36 meses (Raskin *et al.*, 2012; Recktenvald, *et al.*, 2016). No estudo de Recktenvald *et al.* (2016), realizado em uma clínica-escola de Porto Alegre (RS), identificou-se que dos 25 bebês que foram atendidos, em 36% dos casos os pais apresentaram a agressividade como queixa inicial. A partir da análise da teoria winnicottiana sobre agressividade, Hosokawa e Villela (2016) elucidam que esse comportamento não está relacionado apenas à reação à frustração, sendo inerente, também, à natureza humana. Ele compreende aspectos da constituição do amor primitivo e da motilidade dos bebês. Além disso, o bebê inicia seu processo de diferenciação do outro a partir da necessidade de espera entre perceber suas necessidades e tê-las satisfeitas. Durante este tempo, ele se dá conta de que não tem o controle da satisfação de suas vontades, e isso pode ser violento para o bebê, que fica a desejar e então reage a esta frustração (Venezian *et al.*, 2009).

Já no estudo de Raskin *et al.* (2012), também realizado em uma clínica-escola da cidade de Porto Alegre (RS), dos 77 bebês que foram atendidos em um período de 10 anos, 33,7% apresentaram comportamento agressivo. Em seu estudo pioneiro, Robert-Tissot *et al.* (1996) realizaram uma pesquisa sobre a queixa inicial em

psicoterapia com 75 díades mãe-bebê, sendo todos bebês menores de 30 meses. As queixas iniciais referidas pelas mães foram: problemas de sono (52%), problemas com a alimentação (12%), alterações no comportamento, referidas como choros, birras, agitação e agressividade (21%) e problemas na interação pais-bebê (15%). O estudo indicou evidências da efetividade do tratamento, com a diminuição dos sintomas apresentados inicialmente pelos bebês no follow-up de 6 meses.

Além disso, o sintoma de dificuldade de sono nos bebês é considerado pela literatura como um dos principais motivos de busca por atendimento psicológico (Silva, 2012) e pediátrico (Tenenbojm *et al.*, 2010), afetando cerca de 25% das crianças em algum momento da infância (Owens, 2011). Em sua revisão da literatura sobre a influência do contexto familiar sobre os transtornos do sono em crianças, Lélis *et al.* (2014) observaram que os hábitos no padrão e rotina do sono da família foram o aspecto principal relacionado às dificuldades de sono das crianças.

Tendo em vista o exposto, pode-se compreender que a psicoterapia breve pais-bebê é uma alternativa para auxiliar na diminuição dos sintomas no bebê, nos pais e/ou nas relações entre os membros da família (Prado *et al.*, 2009; Willheim, 2013). O atendimento psicoterápico pais-bebê pode propiciar um espaço no qual os pais são capazes de ajustar possíveis desencontros na relação parental que possam estar produzindo manifestações no bebê (Peruchi *et al.*, 2016). Da mesma forma, contribui para que os pais identifiquem a conexão de possíveis questões transgeracionais com a experiência atual da parentalidade, ressignificando-as (Salomonsson e Barimani, 2017). Ainda, entende-se que a queixa inicial exerce papel importante no processo de psicoterapia de mães, pais e seus bebês (Cramer, 1993; Ieto e Cunha, 2007). Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo investigar as principais queixas apresentadas pelas famílias com bebês no período inicial do tratamento em um serviço de atendimento pais-bebê de uma universidade pública no sul do Brasil.

Método

Delineamento

Foi realizada uma pesquisa descritiva de análise documental (Gil, 2008) para investigar as queixas iniciais dos casos atendidos no Centro de Atendimento Pais-Bebê na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no período compreendido entre outubro de 2013 e agosto de 2017.

Participantes

Para este estudo, foram analisados os prontuários de atendimento pais-bebê referentes ao período de outubro de 2013 e agosto de 2017. Participaram dos atendimentos 23 mães, 2 pais e seus respectivos bebês. Em 21 dos casos, apenas as mães participaram dos atendimentos e em 2 casos a mãe e o pai estavam presentes. As díades ou tríades foram atendidas na modalidade de psicoterapia breve pais-bebê em um serviço de atendimento pais-bebê de uma universidade pública do sul do Brasil. As mães tinham idades entre 25 e 42 anos, os pais tinham 35 e 37 anos e os bebês entre 2 meses e 2 anos e 9 meses.

Foram realizados 34 atendimentos de famílias neste serviço durante o período de outubro de 2013 até agosto de 2017, sendo que neste estudo 23 casos foram analisados. Foram excluídos quatro casos de atendimento a gestantes e um caso de atendimento à avó do bebê, por entender-se que estes processos de psicoterapia se diferenciavam do foco desta pesquisa. Houve um caso de solicitação de avaliação da inteligência do bebê, que não é realizada pelo serviço e, por isso, também foi excluído desta pesquisa. Ainda, cinco casos de atendimento em grupo - oferecido como grupo para mães com depressão pós-parto - foram excluídos, também, visto que elas foram recrutadas, especificamente, para tratamento de depressão pós-parto, por não se configurar na modalidade de psicoterapia individual pais-bebê.

Este serviço de atendimento pais-bebê atua na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Os atendimentos são cadastrados como Programa de Extensão dentro do Instituto de Psicologia da UFRGS. Nesta proposta, os casos examinados

participaram de psicoterapia com enfoque na interação pais-bebê. O atendimento é oferecido de forma conjunta ao pai, mãe e bebê, podendo incluir outros familiares. No entanto, na maioria dos casos, são atendidos somente a mãe e seu bebê por conveniência da família, visto que essa é a unidade mínima necessária para prosseguir o atendimento. Até 2017, os atendimentos englobavam crianças de até 3 anos de idade e a partir de 2017 a faixa etária foi alterada para bebês de até 2 anos. O serviço também atende gestantes, que podem seguir o atendimento após o nascimento do bebê.

O atendimento é completamente gratuito e tem como embasamento as teorias psicanalítica e/ou sistêmica. A intervenção breve e focal foi pensada de acordo com as questões específicas da relação da família com o bebê. As sessões são realizadas em co-terapia, sempre que possível. A dupla é composta preferencialmente por uma psicóloga já formada e uma co-terapeuta, que pode ser psicóloga e/ou bolsista de extensão e iniciação científica do serviço. Os atendimentos também contam com supervisões às co-terapeutas realizadas pelas psicólogas coordenadoras do serviço. Até o momento, somente psicólogas mulheres fazem e/ou fizeram parte da equipe do serviço, mas não há nenhum impedimento a que psicólogos ou estudantes e bolsistas do sexo masculino venham a integrar essa equipe.

Este estudo segue os princípios éticos da pesquisa com relação à proteção dos direitos, bem-estar e dignidade dos participantes, como apontado pela Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Conforme o Art. 1º da referida Resolução, Parágrafo Único, item V, não é necessário registro nem avaliação pelo sistema CEP/CONEP de pesquisa realizada com banco de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual (Brasil, 2016).

Procedimentos e análise dos casos

A partir dos Prontuários do Centro de Atendimento Pais-Bebê/UFRGS, foram investigadas as queixas iniciais relatadas pelas famílias que buscavam atendimento

psicológico na modalidade pais-bebê. Alguns casos apresentaram mais de uma queixa inicial, que foram contabilizadas separadamente neste estudo, acarretando em um número de queixas superior ao número de casos. Os dados de interesse foram analisados, agrupados e, por fim, foi realizada uma análise de frequência.

Instrumentos

Prontuário do Centro de Atendimento Pais-Bebê/UFRGS (NUFABE, 2013): Este instrumento visa investigar dados sociodemográficos das famílias atendidas no serviço e a informação de queixa inicial para busca de psicoterapia pais-bebê. Ainda, através dele, é realizada uma breve descrição da evolução dos atendimentos, bem como o controle das datas de atendimento e de supervisão dos casos. Entretanto, para fins do presente estudo, foram considerados apenas os relatos referentes às queixas iniciais.

Resultados e Discussão

O gráfico intitulado “Queixas iniciais dos casos atendidos no Centro de Atendimento Pais-Bebê (UFRGS)” apresenta as informações dos resultados encontrados no estudo dos casos atendidos no Centro de Atendimento Pais-Bebê, no Instituto de Psicologia da UFRGS, durante o período de outubro de 2013 a agosto de 2017. Os resultados encontrados nesta investigação apontam para a existência de três eixos centrais referentes às queixas: as dificuldades relacionadas à maternidade, os sintomas psicofuncionais no bebê e as preocupações quanto ao desenvolvimento do bebê. Através dos dados encontrados, foi possível identificar que, de acordo com os três eixos, as queixas iniciais mais frequentes em cada um deles foram, respectivamente, dificuldades na interação e no vínculo mãe-bebê, relato de agressividade do bebê e suspeita de autismo.

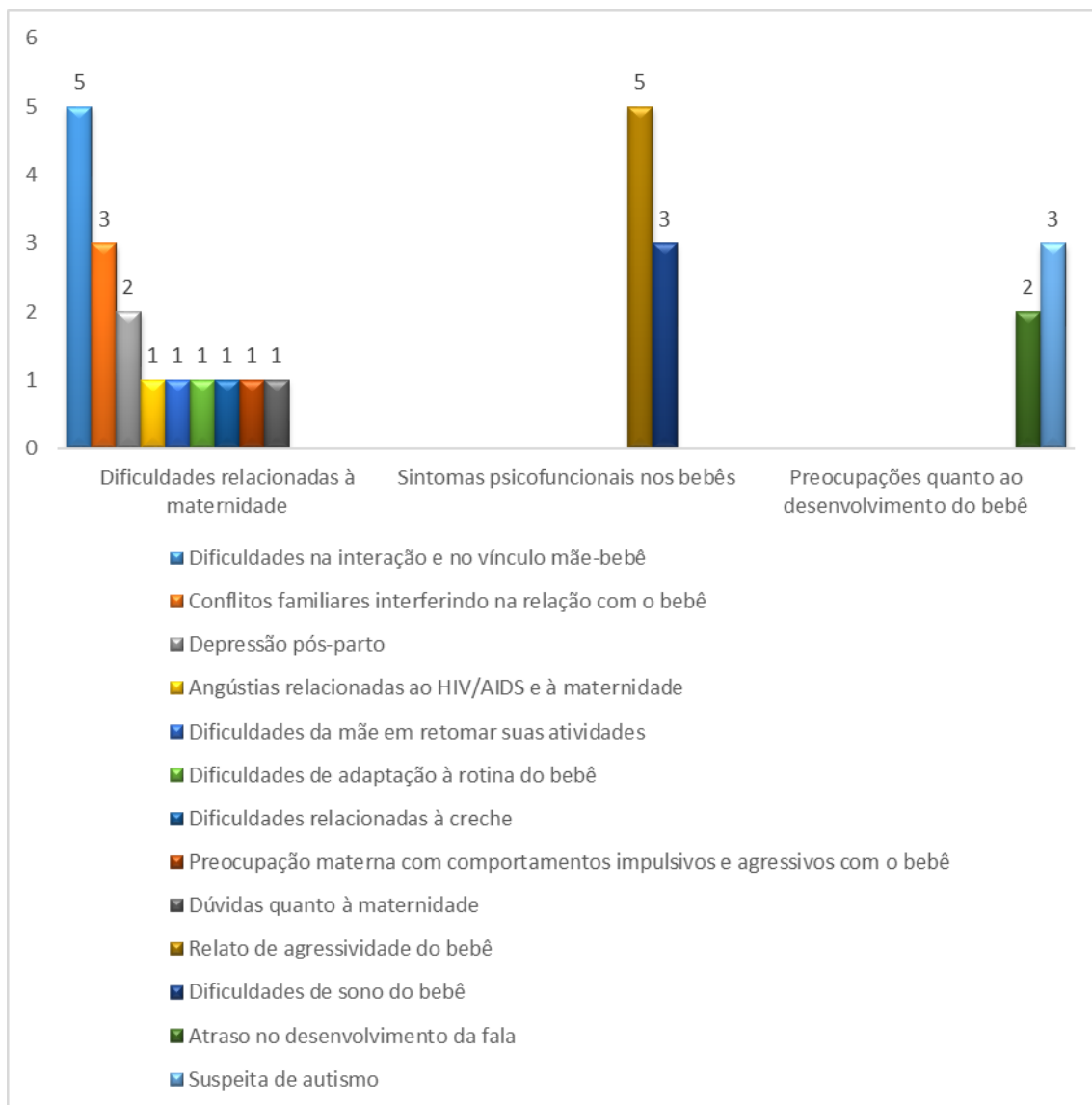


Gráfico 1: Queixas iniciais dos casos atendidos no Centro de Atendimento Pais-Bebê (UFRGS)

Graphic 1: Initial complaints of cases assisted at the Center for Parent-Infant Intervention (UFRGS)

Sobre as queixas iniciais presentes no discurso das mães sobre as dificuldades relacionadas à maternidade, as dificuldades na interação e no vínculo mãe-bebê tiveram destaque. Conceitualmente sabe-se que o processo de vinculação mãe-bebê corresponde a uma relação emocional que se estabelece de modo gradual, desde os primeiros contatos entre a díade. A vinculação surge, então, como resposta a um processo de adaptação mútua, do qual a mãe e o bebê participam ativamente (Figueiredo, 2003; Golse, 2002). Assim, as trocas de olhares, o toque e a amamentação se constituem como algumas das principais interações entre mãe e bebê e são os sinais

do bebê, como o sorriso, o choro e vocalizações, que sensibilizam e despertam a responsividade materna (Silva e Porto, 2016). Entende-se que o reconhecimento, por parte das famílias, das dificuldades na interação e no estabelecimento do vínculo entre mãe-bebê é de grande importância para o trabalho exercido na psicoterapia pais-bebê. Considerando-se a visão de maternidade romantizada pela sociedade, muitas vezes, torna-se complicado para as mulheres a revelação destes problemas, até mesmo nos espaços próprios para esta discussão, como no caso dos atendimentos pais-bebê.

A mãe, juntamente ao restante da família, se configura como o ambiente para o bebê, que exerce sobre ele grande influência emocional, inclusive sobre como ele perceberá o mundo em suas experiências futuras (Silva e Porto, 2016). Devido à importância deste contexto, destaca-se a relevância do apoio social a ser oferecido à mãe para que esta exerça sua função materna e possa disponibilizar-se de forma responsiva ao bebê. Entretanto, durante este período, dificuldades na relação com a própria mãe, avó do bebê, podem passar por transformações identificatórias profundas (Stern *et al.*, 1998), em razão da revivescência psíquica de conflitos antigos (Houzel, 2004). Da mesma forma, a maternidade pode ser capaz de modificar as relações das mães como um todo, visto que as pessoas mais próximas são reavaliadas durante o curso dessa transição, assim como o papel dos pais é redefinido dentro de sua família (Stern *et al.*, 1998). Acredita-se que este movimento de transformação sugerido pela literatura pode resultar no surgimento de conflitos entre as mães e alguns familiares. Como consequência, estas dificuldades nos relacionamentos familiares podem refletir, também, na relação mãe-bebê, como evidenciam 3 casos, os quais tiveram como queixa os conflitos familiares interferindo na relação com o bebê.

Zornig (2010) afirma que, quando um casal ou um indivíduo decide por ter filhos, o espaço público invade o espaço privado da conjugalidade, através da organização das relações de parentesco e da determinação das responsabilidades dos pais perante o filho. Neste contexto, a qualidade da relação conjugal pode ser um

fator chave para transição saudável para a parentalidade, período considerado de maior risco para os pais (Parfitt e Ayers, 2014). O estudo de Parfitt e Ayers (2014) ainda aponta que o período pós-parto apresenta maior evidência de problemas conjugais que a gestação, que podem estar relacionados com sentimentos de agressividade frente ao bebê, falta de suporte do companheiro (a), privação do sono e complicações no parto. Entende-se que no presente estudo isso pode ter surgido nas queixas iniciais que se referem tanto à agressividade do bebê, por questões projetivas da mãe, quanto nas queixas de conflitos familiares e de dificuldades em relação à maternidade em geral. As autoras sugerem que intervenções que exploram as expectativas entre os pais quanto aos novos papéis parentais podem contribuir positivamente para a saúde mental de ambos.

Além disso, as dificuldades de vinculação e interação mãe-bebê apresentadas na literatura também se relacionam aos sintomas de depressão no período pós-parto, encontrados neste estudo como queixas iniciais motivadoras da busca pelo processo de psicoterapia. Segundo o DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), a depressão pós-parto enquadra-se como um especificador do Transtorno Depressivo Maior, compreendendo o período gestacional e as quatro semanas iniciais após o parto. No entanto, como contraponto, estudos recentes têm sugerido a investigação da depressão pós-parto até um ano após o nascimento da criança (Frizzo et al., 2010; Haran et al., 2014; Wisner et al., 2013).

Quanto mais persistente e intensa é a depressão pós-parto, maiores podem ser os efeitos a longo prazo no desenvolvimento deste bebê (Goodman, 2007; Marcus, 2009). As crianças são vulneráveis ao impacto do humor deprimido de suas mães, justamente por isso é tão importante o cuidado com a saúde mental dessas (Milgrom e Gemmill, 2014). Infelizmente, a depressão das mães frequentemente é subdiagnosticada (Frizzo et al., 2010; Nonacs e Cohen, 2005), apesar de a detecção e a intervenção serem fundamentais nestes casos (Milgrom e Gemmill, 2014). Mesmo que este transtorno venha sendo cada vez mais pesquisado e esteja ganhando visibilidade

no sistema de saúde e na mídia, aparentemente tais esforços não estão sendo suficientes para que estas mulheres tenham acesso a serviços de psicoterapia mãe-bebê ou pais-bebê, a fim de obter suporte para lidar com seus sintomas. Este fato pode estar refletindo na pequena procura por atendimento, motivada pelo diagnóstico de depressão pós-parto em si, evidenciada no presente estudo, em que esta referiu-se a apenas 2 casos.

Ainda, a preocupação materna com os comportamentos impulsivos e agressivos com o bebê, relatada como queixa inicial em um prontuário, pode estar conectada às alterações de humor presentes no pós-parto também. De acordo com Camacho *et al.* (2006), a vulnerabilidade a crises que as mães sofrem no período após o nascimento do bebê podem levar a sintomas de ansiedade e de depressão reativa. A labilidade emocional e as mudanças de humor são muito abruptas neste período, o que torna difícil a diferenciação dos comportamentos patológicos daqueles funcionais. A presença deste tipo de comportamento denuncia uma dificuldade de grande relevância, que pode ter consequências desastrosas para além da relação mãe-bebê. Destaca-se a capacidade de reconhecimento e enfrentamento desta paciente que buscou atendimento pais-bebê expondo tal queixa, bem como a necessidade de serviços de suporte para o trabalho desta demanda.

Outro fator identificado como queixa inicial em um dos prontuários analisados neste estudo refere-se à angústia relacionada ao HIV/AIDS e à maternidade. As mães portadoras de HIV/AIDS sofrem com a vivência da maternidade com uma sobrecarga emocional, podendo esta estar relacionada ao preconceito sofrido pela sua condição de saúde (Gonçalves e Piccinini, 2007). Nesse sentido, pode-se compreender a psicoterapia pais-bebê também como um espaço para tratar das angústias destas mães. Além disso, destaca-se a importância do fortalecimento da relação entre a mãe portadora de HIV/AIDS e seu bebê na psicoterapia, visto que este relacionamento pode estar rodeado de sentimentos ambivalentes.

O recente estudo de Alvarenga e Frizzo (2017) aponta para a gestação e o período pós-parto em si, com todas as suas possíveis mudanças, como fatores de risco para a saúde mental das mães. Variáveis como baixo nível socioeconômico podem causar impacto nesse período, contribuindo como fatores estressores, sendo essa a população que mais acessa o serviço do presente estudo, dado seu caráter gratuito. Os resultados desse estudo apontam para a estabilidade dos sintomas de transtornos mentais, como ansiedade e depressão, da gestação para o puerpério. Considerando-se que algumas mães levam mais tempo e/ou têm maior dificuldade de vincularem-se com seus bebês, tais sintomas podem tornar este processo ainda mais difícil, podendo influenciar na forma como a mãe interage e lida com as demandas do bebê e gerar sentimentos de insegurança frente às exigências da maternidade.

Nesse sentido, foram identificadas, também, dúvidas quanto à maternidade em um dos casos do presente estudo. Além disso, a literatura aponta que algumas famílias apresentam dificuldades de adaptação à rotina do bebê, assim como relatado por uma mãe. Essas dificuldades podem estar relacionadas aos primeiros contatos da díade, após os dias de internação devido ao parto, nos quais a mais nova mãe retorna para casa, trazendo consigo questionamentos a respeito de sua capacidade de lidar com todas as suas antigas atividades rotineiras somadas, agora, aos cuidados do bebê que está em seus braços (Maldonado, 2002). A mulher, ao ter que se adaptar à nova realidade, precisa modificar o centro de sua identidade, de profissional para mãe de família e de filha para mãe. Junto com essas mudanças, é alterado o investimento emocional e a organização do tempo, da energia e de suas atividades (Stern, 1997).

As mulheres podem experimentar sensações de ambivalências no período em que se distanciam do bebê, o que pode repercutir em dificuldades da mãe em retomar suas atividades, como relatado por uma mãe neste estudo. Sobre isso, Maldonado (2002) destacou a necessidade de um reajuste socioeconômico, quando a mulher é ativa no exercício de uma profissão. Segundo a autora, isso pode levar a privações afetivas e econômicas, que geram maior tensão e ambivalência em relação ao desejo

da maternidade. Ela apontou, ainda, a importância da matriz de apoio nesse período ao referir que a preocupação com o futuro aumenta as necessidades da mãe e intensifica sua frustração. Isso pode gerar, em consequência, raiva e ressentimento, que podem impedir/dificultar o sentimento de gratificação na maternidade (Piccinini *et al.*, 2012).

De acordo com Júnior *et al.* (2013) e Stern *et al.* (1998), conquistar o equilíbrio entre o investimento no bebê e na carreira é uma das tarefas mais difíceis para as mães. Além das questões emocionais envolvidas, as mulheres também podem enfrentar questões como preconceitos enraizados na sociedade relacionados ao machismo e à sobrecarga no cuidado com os filhos (Júnior *et al.*, 2013). De acordo com Ambrosini e Stanghellini (2012) e Barbosa e Rocha-Coutinho (2007) cada mulher deve encontrar sua própria estratégia para resolução dos conflitos entre as cobranças do trabalho e os cuidados com o seu filho. Sentimentos contraditórios podem surgir durante este período de reorganização e retomada de tarefas e, nem sempre, as mães estão confortáveis com as decisões que precisam tomar. A psicoterapia pais-bebê pode ajudar estas famílias a lidarem com seus sentimentos frente a estas mudanças.

Em meio à adaptação à nova realidade e nova dinâmica familiar, muitos pais optam por matricular seus filhos em uma creche. A entrada na creche representa para muitos bebês sua primeira experiência extrafamiliar. Quando chega o momento do ingresso em um contexto escolar, supõe-se que idealmente a criança já possua a interiorização do objeto, o que lhe fornece segurança, permitindo a aceitação da separação com relação aos pais e a disponibilidade para os aprendizados (Bossi *et al.*, 2014). A creche marca, portanto, a estreia da criança em um mundo social além da família. Entretanto, percebe-se que, atualmente, uma parcela das crianças brasileiras ingressa na creche ainda no primeiro ano de vida, período no qual esta capacidade está sendo desenvolvida.

Nesta transição, o bebê pode demonstrar dificuldades em adaptar-se ao novo ambiente, ou até mesmo apresentar sintomas comportamentais neste contexto, como

identificado em uma das queixas de dificuldade em relação à creche, relatada pela mãe de um bebê de 11 meses de idade. Com isso, os bebês tendem a protestar no momento de separação, podendo apresentar choro e oposição a distanciar-se da mãe (Bossi *et al.*, 2014). Inclusive, comportamentos agressivos, como citados anteriormente, podem apresentar-se também neste contexto.

Além disso, Botbol e Lecoutre (2004) indicam a importância da relação entre pais e professores. Para os autores, as interações entre escola, criança e família podem ser complexas. Eles atentam para o fato de que a escola é onipresente na vida familiar e pode, portanto, revelar as fraquezas e as forças desse sistema. Para além da função de externar o funcionamento cognitivo e as competências da criança, na escola ela tem a possibilidade de mostrar o reflexo daquilo que é absorvido de seu meio, em especial, sua família. Diante das dificuldades apresentadas, relacionadas à entrada na creche, alguns pais podem sentir a necessidade de receber orientações para lidar com este tipo de questões - trabalho esse previsto, também, na psicoterapia pais-bebê.

Os sintomas psicofuncionais nos bebês também representam uma parcela importante das queixas iniciais para psicoterapia pais-bebê identificadas neste estudo. Pode-se inferir que, através dos dados apresentados no gráfico, tiveram destaque os relatos de agressividade do bebê, predominantemente após os 2 anos de idade. Tais achados são semelhantes aos identificados nos estudos de Raskin *et al.* (2012) e Recktenvald *et al.* (2016), sobre o perfil de pacientes de 0 a 36 meses atendidos em clínicas-escola de Porto Alegre, que encontraram maior prevalência da queixa de agressividade no relato dos pais.

Como no momento inicial do desenvolvimento a principal ferramenta de expressão do bebê é o choro, é através deste que os bebês demonstram sua insatisfação e suas necessidades, para que sejam atendidos. Entretanto, o choro e os gritos do bebê são, por vezes, interpretados pelos pais como brabeza, raiva ou comportamento agressivo. Silva (2012) explica que isso ocorre, inclusive, devido às emoções primitivas desconfortáveis vivenciadas pelos pais diante da reclamação

incisiva de seus filhos. Os pais precisam, então, lidar com a própria agressividade ou acabam por projetá-la sobre o bebê. Com isso, vivenciam dificuldades em distinguir reclamações de expressões de agressividade do bebê, o que tende a afetar a comunicação pais-bebê (Silva, 2012).

Dentre as queixas de sintomas psicofuncionais identificadas no presente estudo, as dificuldades de sono do bebê também se mostraram frequentes em bebês entre 4 meses e 1 ano e 2 meses de idade, o que corrobora o que a literatura tem apontado a respeito desta temática (Silva, 2012; Tenenbojm *et al.*, 2010; Owens, 2011). Em relação a isso, Debray (1988, p. 49) destaca que “as noites são o reflexo dos dias”, atentando ao fato de que tanto bebês que têm o sono regulado, quanto os bebês que apresentam dificuldades para dormir ao vivenciarem um dia muito agitado, ou perceberem pouca disponibilidade de seus pais para si, tendem a apresentar choros e resistência ao sono durante a noite. A autora destaca a relação entre a vivência de um dia agitado, que leva ao sono em função de um esgotamento, e o despertar brusco, permeado de choro. Ela considera, inclusive, que a capacidade dos pais de permitir, ao longo do dia, que o bebê desenvolva estratégias para lidar com o intervalo entre o surgimento de suas necessidades e a sua satisfação permite que o bebê desenvolva tolerância à frustração para separar-se dos pais durante um período mais longo à noite.

Conforme os estudos analisados por Lélis *et al.* (2014), intervenções dos pais como amamentar no intuito de incentivar que a criança volte a dormir, compartilhar a cama, oferecer mamadeira à criança, entre outras, foram associadas à frequência com que os filhos acordam ao longo da noite. Entende-se que estas estratégias podem ser empregadas pelos pais na tentativa de lidar com a situação de forma imediata, entretanto, os autores complementam que essas práticas dificultam que as crianças desenvolvam a autorregulação e habilidades independentes para dormir, o que pode levar à dependência das medidas parentais para adormecer à noite. No entanto, o despertar noturno pode ser esperado nos primeiros dois anos de vida, o que requer

disponibilidade dos pais mesmo em momentos de exaustão, a fim de atender às necessidades do bebê. Como cada cuidador irá lidar com essas demandas dependerá de sua própria percepção em relação às mesmas.

O eixo referente às preocupações quanto ao desenvolvimento do bebê evidenciadas neste estudo teve a suspeita de autismo e o atraso no desenvolvimento da fala como queixas iniciais relatadas. A identificação precoce de Transtorno do Espectro Autista (TEA) é vista como fator de extrema importância para a possível intervenção e compreensão do quadro e vem sendo cada vez mais discutida (Carr *et al.*, 2016). A plasticidade cerebral sugere que a precocidade do tratamento leve a prognósticos positivos (Zanon *et al.*, 2014). Embora o serviço não tenha como objetivo a avaliação do TEA, casos que chegam com essa demanda são acolhidos, e se necessário, encaminhados a outro serviço específico, também na mesma universidade.

O bebê que apresenta risco de autismo falha em se relacionar social e afetivamente, afetando frequentemente o seu desenvolvimento cognitivo e capacidade de se comunicar (Lampreia, 2007). Nesse sentido, fica evidente que as duas queixas encontradas neste estudo em relação ao desenvolvimento do bebê estão relacionadas, uma vez que o atraso na fala parece ser o motivo que mais leva os pais a buscarem assistência para o filho nos dois primeiros anos de vida, embora não seja o único nem o primeiro sintoma existente na criança que irá apresentar o transtorno autístico (Zanon *et al.*, 2014).

Os resultados encontrados nesta investigação apontam, portanto, para a existência de três eixos centrais referentes às queixas: as dificuldades relacionadas à maternidade, os sintomas psicofuncionais no bebê e as preocupações quanto ao desenvolvimento do bebê. As queixas quanto à dificuldade na interação e no vínculo mãe-bebê e ao relato de agressividade do bebê destacaram-se como as mais frequentes no discurso inicial das mães sobre suas motivações para a busca de psicoterapia na modalidade pais-bebê. Além destes, outros resultados significativos

foram identificados, tais como: relatos de conflitos familiares que interferiram na relação com o bebê, de depressão pós-parto e de suspeita de autismo.

Considerações Finais

Conforme apontado pelos achados da presente investigação e pela literatura (Cramer, 1993; Gazal, *et al.*, 2012; Pinto, 2004; Raskin *et al.*, 2012; Recktenvald *et al.*, 2016), as dificuldades relacionadas à maternidade (incluindo a depressão pós-parto) e os sintomas psicofuncionais no bebê, especialmente a agressividade e o sono, corresponderam às principais queixas apresentadas pelas famílias que buscaram atendimento no Centro de Atendimento Pais-Bebê/UFRGS, ainda nas primeiras experiências com seus bebês. Ainda que frequentes, as queixas relacionadas ao terceiro eixo, preocupações quanto ao desenvolvimento do bebê, mostraram-se menos evidentes.

Em um momento inicial do desenvolvimento, em que a habilidade da fala ainda não foi constituída plenamente, o bebê pode expressar a existência de sofrimento psíquico e dificuldades interacionais existentes na família através de seus sintomas (Scalco e Donelli, 2014). Quanto a isso, este estudo corrobora os achados da literatura, que indicam maior prevalência da queixa de agressividade do bebê no relato dos pais na busca por atendimento (Raskin *et al.*, 2012; Recktenvald *et al.*, 2016) e a grande frequência de sintomas de dificuldades de sono do bebê, apontados como uma das demandas mais comuns para atendimento psicológico e pediátrico na infância (Owens, 2011; Silva, 2012; Tenenbojm *et al.*, 2010).

As queixas iniciais no processo de psicoterapia pais-bebê destacaram-se como a porta de entrada para a compreensão das dificuldades vividas pelas famílias. No entanto, reconhecer que estão acontecendo dificuldades nos momentos iniciais do vínculo pais-bebê e buscar ajuda para isso pode ser muito importante na prevenção de problemas no desenvolvimento infantil e na qualidade das interações familiares. Ainda há poucos serviços especializados em primeira infância e pouco conhecimento

sobre essas abordagens, de forma que é importante divulgar que essas intervenções existem e podem ser bastante efetivas (Barlow *et al.*, 2015).

Apesar de não ser objetivo deste estudo, evidenciou-se que a maioria dos casos atendidos contava, apenas, com a participação da díade mãe-bebê, apesar da possibilidade de inclusão de outros membros da família neste processo. Este achado corrobora com a literatura que aponta que as mães, por muitas vezes, sentem-se desempenhando as mudanças advindas da chegada do bebê de modo solitário (Andrade *et al.*, 2017). Nesse sentido, incentivar a participação do pai na psicoterapia pais-bebê pode ser um fator terapêutico, auxiliando na reorganização da família.

As limitações deste estudo incluem a análise de um pequeno número de casos, o fato de não realizar uma investigação longitudinal e o caráter simplificado do instrumento utilizado. Portanto, não foi possível ter conhecimento de como ocorreu o desenvolvimento da psicoterapia (Ieto e Cunha, 2007), assim como ter acesso a mais informações que possibilitassem comparar a queixa inicial com a demanda real do caso. Visto isso, o instrumento, no caso a forma de registro no prontuário, será revisado a fim de possibilitar a melhor apreensão dos dados. Ainda, sugere-se a realização de novos estudos sobre este tema que possam confirmar ou refutar os dados encontrados, bem como contribuir para o conhecimento a respeito das queixas iniciais nos processos de psicoterapia pais-bebê. Como as sessões realizadas no serviço foram filmadas, sugere-se também que novas análises contemplem o material das filmagens e não apenas dos dados dos prontuários.

Espera-se que o presente estudo possa estimular novas pesquisas, auxiliar na atualização das estratégias de intervenções pais-bebê e, portanto, na saúde da família. Nesse sentido, destaca-se a importância de serviços especializados como referência para a população, bem como a capacitação de profissionais da saúde para estarem atentos às demandas de psicoterapia pais-bebê. Entende-se a importância do esclarecimento da temática para a população em geral e acredita-se que isso possa contribuir para o acesso a esses atendimentos.

Os resultados encontrados no presente estudo evidenciam a importância da investigação das queixas iniciais no processo de psicoterapia pais-bebê, que, como visto na integração entre os resultados desta pesquisa e da literatura, acabam, muitas vezes, por denunciar desajustes ou desencontros entre os bebês e seus pais/mães. Compreender as motivações daqueles que buscam pelo atendimento psicológico ainda nas primeiras vivências com seus filhos auxilia no entendimento da complexidade destas interações.

Além disso, os achados deste estudo destacam a relevância do cuidado precoce dos aspectos psíquicos da família e a importância da escuta sensível das demandas pais-bebê que são específicas do momento do ciclo vital dessas famílias. As queixas relatadas no estudo demonstram a mobilização dos pais nesse momento do ciclo vital e permitem dar voz às famílias que estão em sofrimento devido às mudanças da chegada do bebê. Nesse sentido, seus sentimentos e a busca por atendimento psicológico são validados, contribuindo para que outras famílias também busquem esse espaço. As primeiras experiências entre pais e bebês traduzem-se em marcos importantes do desenvolvimento infantil e do exercício da parentalidade e, por isso, o investimento no atendimento pais-bebê se faz essencial para aqueles que percebem dificuldades frente a estas experiências.

Referências

- ALVARENGA, P.; FRIZZO, G.B. 2017. Stressful life events and women's mental health during pregnancy and postpartum period. *Paidéia*, 27(66):1-9.
- AMBROSINI, A.; STANGHELLINI, G. 2012. Myths of motherhood. The role of culture in the development of postpartum depression. *Ann Ist Super Sanità*, 48(3):277-286.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5a. Ed.)*, Arlington, American Psychiatric Publishing, 992 p.
- ANDRADE, C.J; BACCELLI, M.S.; BENINCASA, M. 2017. O vínculo mãe-bebê no período de puerpério: Uma análise winnicottiana. *Vínculo*, 14(1):1-13.
- BARBOSA, P.Z.; ROCHA-COUTINHO, M.L. 2007. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia Clínica*, 19(1):163-185.

- BARLOW, J.; BENNETT, C.; MIDGLEY, N.; LARKIN, S. K.; WEI, Y. 2015. Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 1. Disponível em: <http://doi.org/10.1002/14651858.CD010534.pub>
- BOSSI, T.J.; SOARES, E.; LOPES, R.C.S.; PICCININI, C.A. 2014. Adaptação à creche e o processo de separação-individuação. *Psico*, 45(2):250-260.
- BOTBOL, M.; LECOUTRE, C. (2004). Os pais e a escola. In: L. SOLIS-PONTON (Org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio do terceiro milênio*. São Paulo, Casa do Psicólogo, p. 47-51.
- BRASIL. 2016. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, 98(1):44-46. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- BROCKINGTON, I.; BUTTERWORTH, R.; GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N. 2017. An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Archives on Women's Mental Health*, 20:113-120.
- CAMACHO, R.S.; CANTINELLI, F.S.; RIBEIRO, C.S.; CANTILINO, A.; GONSALES, B.K.; BRAGUITTONI, E.; RENNÓ JR., J. 2006. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2):92-102.
- CARR, T.; SHIH, W.; LAWTON, K.; LORD, C.; KING, B.; KASARI, C. 2016. The relationship between treatment attendance, adherence, and outcome in a caregiver-mediated intervention for low-resourced families of young children with autism spectrum disorder. *Autism*, 20(6):643-652.
- CORREA, M.G.; CORREA FILHO, L. 2002. Saúde e Educação a partir do Nascimento... ou Antes? In: L.C. FILHO; M.E.G. CORRÊA; P.S. FRANÇA (Orgs.). *Novos Olhares Sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos*. Brasília, L.G.E., p. 93-115.
- CRAMER, B. 1993. *Profissão bebê (1a ed.)*. São Paulo, Martins Fontes, 162 p.
- CRAMER, B.; PALACIO-ESPASA, F. 1993. *Técnicas Psicoterápicas Mãe-Bebê: estudos clínicos e técnicos (1a ed.)*. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 293 p.
- DEBRAY, R. 1988. *Bebês/mães em revolta*. Porto Alegre, Artes Médicas, 178 p.
- FRAIBERG, S.; ADELSON, E.; SHAPIRO, V. 1994. Fantasmas no quarto do bebê: Uma abordagem psicanalítica dos problemas que entram a relação mãe-bebê. *Revista do CEAPIA*, 7(7):12-34 (Original publicado em 1975).
- 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.
- FERREIRA, B.; MONTEIRO, L.; FERNANDES, C.; CARDOSO, J.; VERÍSSIMO, M. 2014. Percepção de Competência Parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. *Análise Psicológica*, 2(32):147-155.

- FIGUEIREDO, B. 2003. Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebê. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(3):521-539.
- FRIZZO, G.B.; PRADO, L.C.; LINARES, J.L; PICCININI, C.A. 2010. Depressão pós-parto: evidências a partir de dois casos clínicos. *Psicologia Reflexão & Crítica*, 23(1):46-55.
- GAZAL, M.; MOTTA, L.S.; WIENER, C.D.; FERNANDES, J.C.; QUEVEDO, L.Á.; JANSEN, K.; PINHEIRO, K.A.T.; GIOVENARDI, M.; SOUZA, D.O.; SILVA, R.A.; PINHEIRO, R.T.; PORTELA, L.V.; OSES, J.P. 2012. Brain-derived neurotrophic factor in post-partum depressive mothers. *Neurochemical research*, 37(3):583-587.
- GIL, A.C. 2008. Métodos e técnicas de pesquisa social (6a ed.). São Paulo, Atlas, 200 p.
- GOLSE, B. 2002. O que temos aprendido com os bebês. In: L.C. FILHO; M.E.G. CORRÊA; P.S. FRANÇA (Orgs.), *Novos Olhares Sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos*. Brasília, L.G.E., p. 116-134.
- GONÇALVES, T.R.; PICCININI, C.A. 2007. Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/AIDS. *Psicologia USP*, 18(3):113-142.
- GOODMAN, S.H. 2007. Depression in Mother. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3:107-135.
- GROER M.W. & MORGAN, K. 2007. Immune, health and endocrine characteristics of depressed postpartum mothers. *Psychoneuroendocrinology*, 32(2):133-139.
- GUEDENEY, A.; GUEDENEY, N.; WENDLAND, J.; BURTCHEM, N. 2014. Treatment – Mother–infant relationship psychotherapy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28:135-145.
- HARAN, C.; VAN DRIEL, M.; MITCHELL, B.L.; BRODRIBB, W.E. 2014. Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 14(51):1-9.
- HOSOKAWA, R.R.; VILLELA, F.C.B. 2016. A agressividade como elemento intrínseco do desenvolvimento emocional na teoria Winnicottiana. *Colloquium Humanarum*, 13(4):1-5.
- HOUZEL, D. 2004. As implicações da parentalidade. In: L. SOLIS-PONTON (org.). *Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio do terceiro milênio*. São Paulo, Casa do Psicólogo, p. 47-51.
- IETO, V.; CUNHA, M.C. 2007. Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: Um estudo de caso clínico. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(4):329-334.
- JÚNIOR, E.G.; FEIJÓ, M.R.; CUNHA, E.V.; CORRÊA, B.J.; GOUVEIA, P.A.E.S. 2013. Exigências familiares e do trabalho: Um equilíbrio necessário para a saúde de trabalhadores e organizações. *Pensando Famílias*, 17(1):110-122.
- LAMPREIA, C. 2007. A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. *Estudos de Psicologia*, 24(1):105-114.

- LAVI, I.; GARD, A.M.; HAGAN, M.; VAN HORN, P.; LIEBERMAN, A.F. 2015. Child parent psychotherapy examined in a perinatal sample: depression, posttraumatic stress symptoms and child-rearing attitudes. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34(1):64-82.
- LEBOVICI S. 1987. O bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre, Artes Médicas, 310 p.
- LÉLIS, A.L.P.A.; CIPRIANO, M.A.B.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; LIMA, F.E.T.; ARAÚJO, T. L. 2014. Influência do contexto familiar sobre os transtornos do sono em crianças. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(2):343-53.
- LIEBERMAN, A.F.; VAN HORN, P. 2009. Child-Parent Psychotherapy: A Developmental Approach to Mental Health Treatment in Infancy and Early Childhood. In: C. H. ZEANA JR. (ed.) *Handbook of Infant Mental (3a ed.)*. New York and London, Guilford Press, p. 439-449.
- MALDONADO, M.T. 2002. *Psicologia da Gravidez: Parto e Puerpério (16a ed.)*. São Paulo, Saraiva, 229 p.
- MARCUS, S.M. 2009. Depression during Pregnancy: Rates, Risks and Consequences. *The Canadian Journal of Clinical Pharmacology*, 16(1):15-22.
- MILGROM, J.; GEMMILL, A.W. 2014. Screening for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1):13-23.
- NUFABE. 2013. *Prontuário de Atendimento Centro Pais-Bebê*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Instrumento não publicado.
- NONACS, R.; COHEN, L.S. 2005. Postpartum psychiatric syndromes. In B. J. SADOCK; V. A. SADOCK (Eds.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (8th ed.)*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, p. 1276-1283.
- OWENS, J. 2011. Serviços e programas comprovadamente eficazes no manejo de distúrbios do sono do bebê e da criança e seu impacto sobre o desenvolvimento social e emocional de crianças pequenas (0-5 anos). *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância*. Disponível em <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2355/servicos-e-programas-comprovadamente-eficazes-no-manejo-de-disturbios-do-sono-do-bebe-e-da-crianca-e-seu-impacto-sobre-o-desenvolvimento-social-e-emocional-de-criancas-pequenas-0-5-anos.pdf>
- PARFITT, Y.; AYERS, S. 2014. Transition to parenthood and mental health in first-time parents. *Infant Mental Health Journal*, 35(3):263-273.
- 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.
- PRADO, L.C.; GOMES, A.G.; SILVA, M.R.; FRIZZO, G.B.; ALFAYA, C.D.S.; SCHWENGBER, D.D.S., LOPES, R.C.S.; PICCININI, C.A. 2009. Psicoterapia breve pais-bebê: Revisando a literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3):1-13.

- PICCININI, C.A.; CARVALHO, F.T.; OURIQUE, L.R.; LOPES, R.C.S. 2012. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(1):27-33.
- PINTO, E. B. 2004. Os sintomas psicofuncionais e as consultas terapêuticas pais/bebê. *Estudos de Psicologia*, 9(3):451-457.
- 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.
- RECKTENVALD, K.; MALLMANN, M.Y.; SCHMIDT, F.M.D.; FIORINI, G.P.; CAPPELLARI, C.P.C. 2016. Caracterização da clientela de bebês em uma clínica-escola de psicoterapia psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 18(3):15-30.
- ROBERT-TISSOT, C.; CRAMER, B.; STERN, D.N.; SERPA, S.R.; BACHMANN, J.P.; PALACIO-ESPASA, F.; KNAUER, D.; MURALT, M.; BERNEY, C.; MENDIGUREN, G. 1996. Outcome evaluation in brief-mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17(2):97-114.
- SALOMONSSON, M.W.; BARIMANI, M. 2017. Mother's experiences of mother-infant psychoanalytic treatment - a qualitative study. *Infant Mental Health Journal*, 38(4):486-498.
- SCALCO, M.O.; DONELLI, T.M.S. 2014. Os sintomas psicofuncionais e a relação mãe-bebês gêmeos aos nove meses de idade. *Temas em Psicologia*, 22(1):55-66.
- SILVA, M.C.P. 2012. Embalando o sono do bebê – Contendo as transferências das relações iniciais pais-bebê. *ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos*, 30(2):83-95.
- SILVA, R.S.; PORTO, M.C. 2016. Importância da interação mãe-bebê. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 20(2):73-78.
- SIRVINSKIENE, G.; ZEMAITIENE, N.; JUSIENE, R.; MARKURIENE, E. 2016. Predictors of emotional and behavioral problems in 1-year-old children: a longitudinal perspective. *Infant Mental Health Journal*. 37(4):401-410.
- SOUSA, D.D.; PRADO, L.C.; PICCININI, C.A. 2011. Representações acerca da maternidade no contexto da depressão pós-parto. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 24(2):335-343.
- STERN, D. 1997. A constelação da maternidade: O panorama da psicoterapia pais/bebê. Porto Alegre, Artes Médicas, 212 p.
- STERN, D.N.; BRUSCHWEILER-STERN, N.; FREELAND, A. 1998. The birth of a mother. New York, BasicBooks, 246 p.
- TENENBOJM E.; ROSSINI, S.; ESTIVILL, E.; SEGARRA, F.; REIMÃO, R. 2010. Causas de insônia nos primeiros anos de vida e repercussão nas mães: Atualização. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(2):221-226.
- VAN DEN BERGH, B. 2011. Developmental programming of early brain and behaviour development and mental health: A conceptual framework. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53(4):19-23.
- VENEZIAN, J.A.; OLIVEIRA, B.R.; ARAUJO, M.A.C. 2009. O manejo da agressividade da criança: O que uma mordida quer dizer? Formação de

- Profissionais e a Criança-Sujeito, 7. Disponível em http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100041&lng=en&nrm=iso
- YIM, I. S., GLYNN, L. M., SCHETTER, C. D., HOBEL, C. J., CHICZ-DEMET, A., & SANDMAN, C. A. 2010. Prenatal β -endorphin as an early predictor of postpartum depressive symptoms in euthymic women. *Journal of affective disorders*, 125(1):128-133.
- WENDLAND, J. 2002. Cuidando do Bebê e sua Família no Período Perinatal: abordagens de prevenção e de intervenção precoce na Unité Petite Enfance Vivaldi. In: L.C. FILHO; M.E.G. CORRÊA; P.S. FRANÇA (Orgs.), *Novos Olhares Sobre a Gestação e a Criança até os 3 anos*. Brasília, L.G.E., p. 512-535.
- WILLHEIM, E. 2013. Dyadic Psychotherapy with Infants and Young Children. *Child and Adolescence Psychiatric Clinics* 22(2):215-239.
- WISNER, K.L.; SIT, D.K.; MCSHEA, M.C.; RIZZO, D.M.; ZORETICH, R.A.; HUGHES, C.L.; HEATHER, F.; LUTHER, J.F.; WISNIEWSKI, S.R.; CONFER, A.L.; MOSES-KOLKO, E.L.; FAMY, C.S.; HANUSA, B. H. 2013. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA psychiatry*, 70(5):490-498.
- ZANON, R.B., BACKER, B.; BOSA, C.A. 2014. Identificação dos Primeiros Sintomas do Autismo pelos Pais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1):25-33.
- ZORNIG, S.M.A. 2010. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, 42(2):453-470.

Recebido em: 06.10.17

Aceito em: 02.07.18