

Ambulatório Pais-Bebês: experiência em um hospital escola

**Maria L.S. Zavaschi¹, Flavia Costa², Carla Brunstein³,
Alceu G.C. Filho⁴, Heloisa Zimmermann⁵,
Betina C. Kruter⁶, Cláudia H. G. Estrella⁷**

O presente artigo tem por objetivo apresentar o trabalho que vem sendo realizado no ambulatório pais-bebês, enfatizando a importância desta modalidade de atendimento para os profissionais de áreas afins, em âmbito hospitalar. Os autores destacam a experiência desenvolvida por um grupo multidisciplinar de profissionais, que se dedica à pesquisa, ao ensino e ao atendimento de bebês e suas famílias há cerca de 10 anos. Visa-se estimular a prática e a pesquisa nessa área de conhecimento da psiquiatria da infância e adolescência, ainda pouco exploradas em nosso país. Surgiu da necessidade de atender uma demanda crescente de bebês com problemas de saúde em diversas áreas do desenvolvimento, bem como de prevenir falhas na relação com seus cuidadores. Em geral, apesar dos casos serem graves, as intervenções costumam ser breves e com bons resultados. Os autores acreditam que isso possa ocorrer em função de que, entre 0 e 3 anos de idade, os bebês são muito responsivos às mudanças em seu ambiente. Intervenções terapêuticas, que focalizam tais mudanças, provocam respostas nos bebês que, por sua vez, também estimulam seus cuidadores a proporcionarem uma maternagem mais qualificada. A experiência clínica, ao longo deste tempo, tem demonstrado que tais intervenções são de baixíssimo custo e, conseqüentemente adquirem uma magnitude prioritária na prevenção de problemas mentais em crianças.

Unitermos: Infância; desenvolvimento; saúde mental.

Parent-baby clinic: report of an experience at a teaching hospital

The objective of this article is to present the work developed at the parent-baby clinic (Ambulatório Pais-Bebês) at Hospital de Clínicas de Porto Alegre, so as to emphasize the importance of this assistance modality to professionals of related areas within the hospital environment. The authors emphasize the experience developed by an interdisciplinary group of professionals who are dedicated to research, teaching and providing assistance for babies and their families for about 10 years. It is hoped that

¹ Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Correspondência: Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, Rua Ramiro Barcelos 2350, CEP 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Centro de Estudos Luiz Guedes (CELG).

³ Mestranda em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

⁴ Aluno, Curso de Especialização em Psiquiatria da Infância e Adolescência, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁵ Residente, Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

⁶ Acadêmica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁷ Médica.

the both research and practice will be stimulated in this area of childhood and adolescent psychiatry, still little explored in Brazil. This collaboration among professionals resulted from the need to assist a growing number of babies who present development-related health problems, as well as to prevent gaps in the relationship with the caretakers. In general, although most cases are serious, intervention tends to be brief and with favorable results. The authors believe that this may result from the fact that, between 0 and 3 years of age, babies are extremely responsive to environmental changes. Therapeutic interventions that focus on such changes elicit responses from the babies who, in turn, also stimulate their caretakers to provide better qualified care. The clinical experience throughout our experience has shown that the cost of such interventions is extremely low, and as a consequence such actions should be prioritized as part of the effort to prevent mental problems in children.

Key-words: Childhood; development; mental health.

Revista HCPA 1999;19(1):108-116

Introdução

Grande número de estudiosos e pesquisadores, preocupados em aprofundar conhecimentos a respeito da psique e do desenvolvimento humano, têm-se dedicado a trabalhos que procuram compreender as primeiras relações interpessoais dos bebês com seus cuidadores como matriz de seus relacionamentos futuros. Nos últimos anos, observa-se um crescente número de artigos científicos destacando a importância do atendimento, ensino e pesquisa que focalizam o entendimento dos fatores envolvidos na interação pais-bebês e na qualidade do desenvolvimento da faixa etária de 0 a 3 anos (1-5).

Contudo, em nosso país, ainda são poucos os trabalhos que enfocam o atendimento de bebês que desenvolveram algum problema de saúde mental ou de desenvolvimento. Mesmo no Rio Grande do Sul existem poucos serviços que dedicam atenção a esta modalidade de tratamento. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, há cerca de 10 anos, um grupo de profissionais, com característica multidisciplinar, sensibilizado por esta demanda específica que recorria ao hospital, organizou o Ambulatório Pais-Bebês. Ele surgiu da necessidade de proporcionar melhores condições de desenvolvimento dos bebês com dificuldades nas mais diversas

áreas, incluindo perturbações na interação com suas mães e famílias.

Diversos fatores de risco têm aparecido na prática clínica ou foram descritos na literatura. Entre eles, destacam-se o baixo nível socioeconômico, doença mental na família (transtornos afetivos, psicóticos, alcoolismo e dependências químicas), situações congênitas como malformações e demais síndromes genéticas, bem como problemas transgeracionais que afetam psicologicamente pais e bebês. A noção de que o ambiente desfavorável influenciará negativamente o desenvolvimento do bebê é amplamente aceita na literatura (2, 4, 5). O objetivo deste trabalho é divulgar o funcionamento do Ambulatório Pais-Bebês do HCPA, assim como mobilizar a atenção dos profissionais de saúde para a necessidade de prestação desta modalidade de atendimento à população.

Fundamentação

Atualmente, é de consenso na literatura científica a hipótese da multiplicidade de fatores envolvidos no desenvolvimento do bebê: fatores biológicos e fatores ambientais, podendo agir como fatores de risco ou fatores protetores.

Freud (6) lançou a frutífera semente quando revelou que a interação entre a mãe e o bebê dá origem a relação especial e única, estabelecida de forma imutável, para toda a

vida, como o primeiro e mais forte objeto de amor e “como protótipo de todas as futuras relações amorosas”.

Segundo Melanie Klein (7), um ego rudimentar, capaz de experimentar e reagir à ansiedade, orienta a criança em suas relações objetais existentes desde o nascimento.

Hartman (8) considera que a criança já nasce em condições de sobreviver em meio adequado, no qual a mãe está capacitada a receber os sinais de seu bebê e este está igualmente apto a receber os sinais de sua mãe. Aí inicia-se, segundo ele, o processo de desenvolvimento psíquico.

Estudos como os de Spitz (9), Berlin (10) e Tyson (11) têm mostrado que o contato inconsistente ou a total privação de interação afetiva entre o bebê e seus cuidadores pode conduzir a sérios distúrbios no desenvolvimento do indivíduo.

Brazelton (12, 13) já enfatizava o que vem sendo reforçado por vários autores como acréscimos a essa idéia. Referem que o êxito de uma interação dual depende, sem dúvida, de um ciclo mútuo de atenção e afeição entre seus membros. Inevitavelmente, o que afeta um deles desencadeia reação no outro (14-16).

Os conceitos de Bowlby (3) a respeito do apego parecem, de alguma forma, ampliar essa idéia. Para ele, o *apego* de uma criança por alguém revela-se a partir de sua forte disposição para buscar contato com uma figura específica. Bowlby destaca que esse sentimento difere do *comportamento de apego*, que caracteriza a atitude que a criança manifesta para manter a proximidade que deseja.

Os estudos de Bick (17), com ênfase na observação de bebês, ofereceram subsídios para que se pudesse identificar os esforços do próprio bebê para construir uma consciência de si mesmo, sem a presença da mãe.

Klaus e Kennel (18), observando gestantes, verificaram que os laços afetivos entre elas e seus filhos, apesar de bastante iniciais e suscetíveis de mudanças durante os primeiros dias de vida do bebê, mostravam-se presentes já antes do parto. Indicaram a existência de um *período sensível* no pós-parto imediato, propício para contato intenso e extremamente importante para a formação das

ligações afetivas entre a mãe e o bebê. Segundo esses autores, a separação da díade nesse momento poderia ser fator predisponente de modificação das respostas afetivas de um ou de outro componente dessa interação.

Aberastury (19) compartilha dessa idéia: “Quando me dediquei à importância fundamental desta tão precoce relação entre a mãe e a criança, enfatizei como o tempo durante o qual a criança é separada da mãe diminui a ligação entre elas e torna esse primeiro contato difícil”.

De maneira semelhante, Fraiberg (15) manifesta-se em relação aos primeiros contatos entre a mãe e o bebê. Acrescenta que as dificuldades demonstradas pela criança para o estabelecimento das conexões humanas vitais, durante o período inicial de vida, podem determinar diferentes níveis de dificuldades vinculares futuras.

Nesse contexto, De Chateau e Wiberg (20) observaram que um contato extra de 15 a 20 minutos durante a primeira hora pós-parto pode ser um facilitador para o início do estabelecimento de vínculo sólido entre mãe e filho. Contudo, ressaltaram que a “interação precoce entre pais e bebê é apenas um dos muitos fatores que contribuem para o processo normal de socialização, e não pode ser considerada mais do que isso”.

Alguns autores questionam o que julgam ser a importância exagerada que se atribui ao chamado *período sensível*, destacando a relevância de outros fatores como determinantes de bom vínculo. Características genéticas, valores culturais, situação socioeconômica, paridade, saúde física e mental da mãe, história prévia da mãe, desejo de um ou outro sexo para o bebê e participação do companheiro são indicativos importantes que exercem influência direta sobre a forma de relacionamento entre mãe e filho que será configurada a partir do nascimento de um bebê. As relações interpessoais da mãe com sua família de origem e, em especial, com sua própria mãe, parecem ser particularmente importantes, podendo-se muitas vezes inferir que tipo de relacionamento ela estabelecerá com seu recém-nascido em desenvolvimento (21-27).

Aspectos prazerosos e frustrantes,

inerentes a qualquer relação entre duas pessoas, estão presentes de maneira muito característica em uma relação materno-filial. A qualidade dos conteúdos afetivos mobilizados na situação inicial de conhecimento mútuo parece estar diretamente ligada às condições prévias da dupla e, em especial, aos desejos e fantasias da mãe em torno da gravidez, determinando sua capacidade para obter gratificação emocional a partir da maternidade (3, 16, 22, 23, 28, 29)

Durante o primeiro ano de vida da criança, suas transformações são enormes e rápidas, e suas relações paulatinamente se ampliam. Lidz (30) reporta-se a esse momento inicial da vida do indivíduo quando sugere que, nos primeiros meses, são formadas as bases para a estabilidade emocional, bem como para os traços de caráter e para o desenvolvimento intelectual futuro.

Sameroff e Emde (31) apontam momentos de contato interpessoal intenso e respostas claras do bebê aos estímulos do ambiente e momentos de maior autonomia concomitantes ao aumento das habilidades motoras. Afirmam que nessas etapas encontram-se os primórdios da estruturação da personalidade. Uma base emocional segura, com pais tolerantes aos movimentos oscilantes de aproximação e afastamento do bebê, dar-lhe-á condições para o estabelecimento de boas relações além do âmbito familiar (31, 35).

Justificativa

Autores têm salientado a relação entre a pobreza e uma inadequada criação das crianças, pondo em risco seu desenvolvimento. O Brasil apresenta altas taxas de pobreza. Esta, além de ser um fator de risco por si só, potencializa outros fatores de risco preexistentes. Sabe-se que mulheres pobres têm, geralmente, famílias numerosas, têm menos acesso a atendimento pré-natal e a serviços de apoio. Apresentam duas vezes mais chance de ter bebês de baixo peso, menos uniões estáveis e, quando têm companheiro, têm menos apoio marital. Pesquisadores enfatizam também que, em geral, condições econômicas e sociais desfavoráveis estão associadas a lares desfeitos, experiências

insatisfatórias ou negativas de cuidados maternos recebidos pela mãe durante a sua própria infância, história de abuso e maus tratos. A possibilidade de transmissão transgeracional de tais práticas chama a atenção dos profissionais, representando um sinal de alerta e uma oportunidade de mudança deste panorama (1-3, 5, 32).

Os mais recentes estudos comprovam que o desenvolvimento do sistema nervoso central depende da qualidade e da adequação dos estímulos recebidos até os 3 anos de idade. Experiências positivas produzem uma maior utilização dos neurônios cerebrais. Ao nascimento o bebê apresenta em torno de 100 bilhões de neurônios. Durante os primeiros anos de vida o cérebro passa por uma série de importantes transformações e, quando não acontece a devida estimulação, ocorre a involução progressiva de conexões nervosas cerebrais. Desde as décadas de 60-70, Selma Fraiberg, especialista americana, a partir de sua experiência em um renomado serviço de assistência a duplas mães-bebês, em Michigan, nos Estados Unidos, revela evidências de que a infância configura-se no período mais favorável para intervenções. Ela salienta que nenhuma intervenção na infância é tão eficaz quanto nos 3 primeiros anos (4, 5, 35).

Entre os referenciais clínicos que utilizamos, podemos citar o modelo de Selma Fraiberg (15). Esta autora organizou um programa de atendimento a bebês vinculado a um serviço de psiquiatria clínica. Existem vários serviços espalhados pelo mundo com os quais temos contato e possibilidade de intercâmbio científico e administrativo: em Portugal, coordenado pela Dra. Maria José Cordeiro; em Genebra, orientado pelo Dr. Palacio Espasa; os serviços americanos do Dr. Robert Emde, da Dra. Alicia Lieberman e do Dr. Charles Zeanah; os serviços franceses dos Dr. Serge Lebovici e Michel Soulé.

Nos países do primeiro mundo, principalmente Europa e Estados Unidos, fica evidente a mudança no eixo de investimento em saúde pública, enfatizando-se práticas de atenção primária. Economiza-se em recursos materiais e minimiza-se danos pessoais à medida em que se realiza a profilaxia da saúde mental. Investindo-se precocemente no

atendimento de bebês e suas famílias, evitam-se tratamentos posteriores longos e onerosos, que demandam o envolvimento das mais diversas áreas da saúde e levam a um conseqüente desgaste do paciente, da sua família e da sociedade.

Atualmente, a importância da intervenção precoce, do investimento na primeira infância, do apoio às famílias, da prevenção em saúde é preocupação do público em geral no mundo inteiro. Nos Estados Unidos tem-se desenvolvido há vários anos o "Zero to Three", projeto de atendimento primário que abrange os 3 primeiros anos de vida, com apoio governamental, que tem atingido uma ampla rede pública (1-3, 15, 35).

Mesmo sendo o Rio Grande do Sul um estado privilegiado, produz de forma crescente indivíduos lesionados em seu desenvolvimento psicossocial. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre atende basicamente população de baixa renda. É um centro de referência para a região Sul, o que torna primordial a existência de um ambulatório que atenda os problemas mais comuns desta clientela que inclui os pais adolescentes, os drogaditos, os HIV positivos, pais deprimidos, monoparentalidade, bebês egressos de UTI neonatal, os prematuros, os malformados, os desnutridos, os seqüelados cerebrais, entre outros.

O Ambulatório Pais-Bebês

O Ambulatório Pais-Bebês se propõe a investigar as interações iniciais entre pais e bebês e suas possíveis repercussões sobre o desenvolvimento desses indivíduos. Visa responder à premência das necessidades dos bebês, seus pais e suas famílias, oferecendo-lhes suporte emocional e promovendo a saúde mental.

O foco principal é a assistência a crianças de 0 a 3 anos e a seus pais, com ênfase na interação entre eles, prevenindo precocemente problemas no desenvolvimento. Busca, também, formar psiquiatras da área materno-infantil aptos a prevenir, diagnosticar e tratar os bebês que possam apresentar distúrbios na interação e/ou no desenvolvimento, bem como seus pais. Além disso, é mantida uma linha de pesquisa que contempla o estudo do

desenvolvimento do bebê, seu relacionamento com os pais e os principais distúrbios nesta faixa etária.

Atividades principais

Assistência

São realizadas entrevistas com os pais e seu bebê para avaliação e direcionamento do atendimento, que pode ser de caráter individual ou de grupo. As crianças são submetidas a testagens psicológicas e as famílias, quando necessário, são avaliadas pelo serviço social buscando-se sempre utilizar os recursos já existentes na comunidade. O tratamento é centrado em psicoterapia breve, com 8 a 12 sessões, de acordo com a necessidade de cada caso, havendo a possibilidade de se aumentar esse número.

Ensino

Visa-se formar profissionais de saúde mental na área materno-infantil, tornando-os aptos a identificar problemas no desenvolvimento do bebê, e distúrbios do vínculo entre o bebê e seus familiares. Visa ainda capacitá-los a diagnosticar e tratar bebês e seus pais.

Pesquisa

Há uma linha de pesquisa que contempla o estudo do desenvolvimento do bebê, bem como os principais distúrbios nesta faixa etária. Todos os atendimentos são registrados em protocolos com o objetivo de se fazer uma contínua avaliação do funcionamento do Ambulatório e propiciando o surgimento de novos projetos a partir dos dados coletados.

Até o presente momento, as queixas mais comuns que levam os pacientes a procurar avaliação dizem a respeito à criança e expressam-se através de problemas como agressividade, dificuldades no sono, dúvida sobre sexualidade, atraso no desenvolvimento e dificuldades no vínculo.

Observa-se que os bebês são muito responsivos às melhoras produzidas em seu ambiente. Essas melhoras podem ser obtidas

através da identificação dos distúrbios do vínculo, dos desvios do desenvolvimento e da compreensão de tais distúrbios. Esta compreensão pode auxiliar os pais a desenvolver uma mudança de postura diante das dificuldades enfrentadas que, por sua vez, produzirá alteração em suas atitudes face a seus filhos. Em outros casos, é necessário apenas o reassuramento de que os pais já vinham agindo de maneira adequada ou de que seu filho está se desenvolvendo conforme o esperado para sua idade.

Os pais não erram intencionalmente. O fato de estarem enfrentando uma situação nova, como criar um filho, se constitui por si só um período de dúvidas e crise. Isso torna-os mais permeáveis às intervenções, aumentando sua aptidão para aceitá-las. Os resultados positivos logo tendem a apaziguar, tanto para a família quanto para os técnicos. Essa melhora, por sua vez, estimula que o comportamento mais saudável seja repetido e mantido, reforçando a atitude nova e mais adequada.

Marcadores das capacidades para interações ou momentos cruciais do desenvolvimento normal do bebê

Quando nascem, os bebês apresentam vários reflexos e capacidades inatas, e sua comunicação voluntária ainda é inexistente ou muito pequena. Aos poucos, vai se dando o entrosamento da dupla mãe-bebê e a compreensão da linguagem que o bebê utiliza. Um exemplo é o choro inarticulado, que aos poucos vai recebendo um colorido diferente, de modo que a mãe passa a identificar o motivo do choro do seu filho, seja por dor, sono ou desconforto. Após a segunda semana de vida, já ocorre a distinção da carga afetiva da voz de quem lhe fala, e com três semanas os bebês já imitam movimentos faciais dos adultos, mostrando que estão atentos às pessoas que os cuidam.

À medida em que amadurecem as estruturas nervosas, os reflexos vão dando lugar à cognição e aos atos voluntários, de forma que o bebê passa a interagir com o ambiente. O estímulo dos pais e cuidadores favorece o amadurecimento e o desenvolvimento da criança como um todo.

Separa-se didaticamente a área cognitiva da afetiva, mas sabe-se que o desenvolvimento emocional segue em paralelo com o cognitivo, formando uma unidade. A interação regular e previsível com o cuidador faz com que o bebê se sinta tranquilo e seguro, ciente do que vai acontecer, tem a sensação de que também controla sua vida. Essa forma de relacionamento favorece uma expansão no seu repertório afetivo e comportamental em decorrência das respostas do cuidador à variação do seu próprio comportamento.

A partir do segundo mês de vida surge o sorriso social, a criança consegue manter sua cabeça firme e, quando deitada de bruços, eleva a cabeça do plano. Começa a seguir com o olhar uma pessoa que se desloca, passa a balbuciar os gorjeios, principalmente em resposta ao cuidador principal. A evolução dessa capacidade depende do reforço parental, ou seja, os pais devem conversar com a criança para que ela siga procurando formas de interagir. Enfatiza-se que a exposição pura e simples à linguagem, como deixar uma criança assistindo à televisão, não melhora sua capacidade verbal. É essencial a interação com pessoas afetivamente importantes para despertar o interesse do bebê para a linguagem.

Por volta do terceiro ou quarto mês, os bebês sorriem voluntariamente, em geral estimulados pela mãe. Por conseguirem sentar com apoio, passam a participar mais do mundo que os rodeia e a prestar ainda mais atenção nas pessoas, nos objetos e nos sons. Deve-se iniciar o jogo de esconder, facilitador da tarefa de separação e individuação.

Ao longo do primeiro ano, o humor do bebê é muito variável e está relacionado aos estados internos de desconforto ou de satisfação. Por exemplo, quando com fome, o bebê fica irritável. Porém, a partir do quarto mês, espera-se que o humor varie mais conforme o meio do que de acordo com seu estado interno. Assim, se o cuidador está presente, ou se é oferecida uma atividade de interesse, o bebê consegue ficar bem por um período de tempo maior, mesmo com fome. Ele já tem capacidade de tolerar algumas frustrações, podendo adiar a satisfação dos seus desejos, no exemplo, a de ser alimentado.

Aos 6 meses, o bebê já consegue pegar objetos (pinça inferior) e sentar-se sem apoio, o que lhe confere um aumento grande na capacidade de olhar, segurar e entender objetos. Na linguagem, observa-se a fala de sílabas repetidas (mamama), ainda sem conotação de sentido. Distingue as pessoas familiares das estranhas, podendo chorar quando se aproximam demais. Gosta de ficar em frente ao espelho observando a sua imagem e a do adulto conhecido. Entende gestos, como “sim”, “não” e “tchau”, e começa a repeti-los.

Aos 8 meses os bebês se mexem com mais desenvoltura. Quando deitados conseguem se virar, tentam se arrastar para engatinhar, ensaiam os primeiros passos ao serem segurados pelas axilas, melhoram sua coordenação na mão e brincam de atirar objetos ao solo. Entende-se que esse brinquedo serve para a criança testar sua segurança em relação aos pais. Ensaia e repete as separações que tem dos pais com os brinquedos, que ora estão em sua mão, ora não, mas depois voltam. Deve-se orientar os pais quanto à importância deste brinquedo para que não se irrite com o bebê que brinca dessa forma, pois esse ato faz parte do crescer normal.

Aos 10 meses, os bebês já conseguem passar da posição sentada para em pé sozinhos, desde que apoiados em algum objeto. Assim se mantêm e podem tentar dar os primeiros passos. Até os 14 meses, espera-se que já estejam caminhando, que entendam o significado de expressões como bater palmas (alegria) e abanar (dar adeus) e que falem algumas palavras simples.

Assim, durante o segundo semestre, o bebê passa a buscar a atenção dos cuidadores de modo ativo. Já ajuda na troca de fraldas, se vira (rola) e depois se locomove (engatinhando e caminhando), começa a falar. Inicia-se o desmame, acompanhado pelo nascimento dos dentes e pela capacidade de morder e, também assim, protestar.

A partir de 1 ano de idade, a criança entende muitas ordens, como a solicitação de entregar um objeto ou proibições em relação a atos que deseja fazer. No entanto, é importante a ressalva de que sua memória ainda não está

completa, esquecendo-se do que foi dito poucos momentos antes. Sabe empilhar cubos, reconhece a sua imagem no espelho, responde ao seu nome e utiliza palavra-frase, como “qué papa”.

No segundo ano de vida, os bebês andam corretamente, correm bem, sobem e descem escadas juntando os pés a cada degrau, chutam uma bola parada, folheiam revistas, desenham um círculo, falam frases curtas, entendem ações de imagens estáticas (fotografia e desenhos), referem-se a si usando o próprio nome.

Aos 3 anos, as crianças fazem tudo com mais desenvoltura. Sobem escadas alternando os pés, desenham mais coisas, usam o “eu”.

O exame do estado mental do bebê pode ser realizado com métodos objetivos (1, 2), incluindo os seguintes parâmetros:

I. Aparência; II. Reação Aparente (A – Ao Setting e a estranhos; B – Adaptação; 1- Exploração; 2-Reação a Transições); III. Auto Regulação (A – Estado de Regulação; B – Regulação Sensorial; C – Comportamentos Atípicos; D – Nível de Atividade; E – (Amplitude) Span de Atenção; F – Tolerância a Frustração; G – Agressão); IV. Motor (A – Coordenação Motora Ampla; B – Coordenação Motora Fina); V. Fala e Linguagem (A – Vocalizações e Produção da Fala; B – Linguagem Receptiva; C – Linguagem Expressiva); VI. Pensamento; VII. Afeto e Humor (A – Formas de Expressão; B – Variedade de Emoções Expressas; C – Responsividade; D – Duração do Estado Emocional; E – Intensidade das Emoções Expressas); VIII. Brinquedo/Jogo (A – Estrutura do Jogo; B – Conteúdo do Jogo); IX. Cognição; X. Relacionamentos (A – Com os Pais; B – Com o examinador; C – Comportamento de Apego).

Intervenção e evolução

De rotina, a avaliação e o atendimento são realizados com consultas semanais, das quais participam vários membros da equipe. São estimuladas várias áreas de interação mãe-bebê através do contato da equipe com a dupla e da correção de distorções de percepções da mãe. Faz-se uma compreensão dinâmica suscinta dos casos que orientará o tipo de intervenção.

Em geral, as mães são mulheres jovens, imaturas, com auto-estima baixa, empobrecidas e com pouco apoio familiar. Face a este contexto tão prejudicado, qualquer esclarecimento quanto aos cuidados e educação dos filhos é recebido com grande motivação por estas mães. O fato mais importante para as melhoras obtidas e o que mais motiva a equipe é o das mães se mostrarem receptivas às observações e orientações. Experimentam o que lhes é sugerido e mostram seu contentamento com as aquisições dos filhos, sentindo-se apoiadas por uma equipe que funciona como "equivalente materno".

Comentários finais

O atendimento de bebês tem como características básicas o trabalho de equipe multidisciplinar, cujas áreas principais são psiquiatria, psicologia, pediatria, pedagogia, enfermagem e serviço social. Os casos são marcados pela gravidade variada ainda que na experiência atual tenham apresentado resposta favorável, rápida e bem sucedida.

Esta é uma área que proporciona muita gratificação ao profissional, pois as intervenções, ou mesmo a simples observação e reassseguramento, geram, via de regra, melhoras importantes, contentamento familiar e gratidão. Acreditamos que isso seja facilitado pelo período sensível em que se encontram as famílias com seus bebês, aproveitando toda e qualquer ajuda para ver seu pequeno filho desenvolver-se com saúde. Os resultados tendem a se manter, uma vez que a qualidade do apego melhora com a liberação dos conflitos que interferiam na interação dos pais com o bebê, e se reforçam mutuamente.

Ao longo destes anos, acumulamos uma valiosa experiência que nos permitiu concluir que, em nosso meio, faz-se necessária especial atenção a esta etapa do desenvolvimento humano. Ressaltamos a necessidade de aprimorarmos nossas pesquisas em busca de identificar melhor os fatores de risco, bem como desenvolver intervenções que visem a prevenção de doença mental. Esses são os grandes desafios que os profissionais de saúde mental da infância

enfrentam atualmente. O Ambulatório Pais-bebês, dentro deste contexto, aparece como importante veículo de promoção de saúde pública.

Referências

1. AACAP Official Action: Practice parameters for the psychiatric assessment of infants and toddlers (0-36 months). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;(Suppl21s-36s)36:10.
2. Bassols AM, Manfro G, Chou K, Zimmermann H, Vainer A. Vínculo materno-infantil. In: Buchabqui JA. *Promovendo a saúde da mulher*. Editora da Universidade. Porto Alegre; 1995.
3. Bowlby J. *Apego e perda*. Martins Fontes. São Paulo; 1984.
4. National center for clinical infant program. *Classificação diagnóstica 0-3*. Editora Artes Médicas. Porto Alegre; 1997.
5. Zavaschi ML, Costa FC, Wolf AL, Martins ASG, Martins SO, Záchia S, et al. Influência de aspectos socioeconômicos desfavoráveis sobre a interação mãe-bebê. *Revista ABP-APAL* 1998;20(2):66-70.
6. Freud S. *Esboço de psicanálise*. Em: Freud S. *Obras psicológicas completas*. Imago, Rio de Janeiro; 1975.
7. Klein M. *Psicanálise da criança*. São Paulo: Mestre Jou; 1981.
8. Hartman H. *Ensayos sobre la psicología del yo*. México: Fondo de Cultura Económica; 1969.
9. Spitz RA. *O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetivas*. São Paulo: Martins Fontes; 1980.
10. Berlin IN. *Early intervention and prevention*. In: Noshpitz JD, editor. *Basic handbook of child psychiatry*. New York: Basic Books; 1979.
11. Tyson RL. *The roots of psychopathology and our theories of development*. *J Am Acad Child Psychiatry* 1986;25:12-22.
12. Brazelton TB. *Crying in infancy*. *Pediatrics* 1962;29:579-88.
13. Brazelton TB, Koslowsky B, Main M. *The origins of reciprocity*. In: Lewis M, Rosenblum LA, editors. *The effect of the infant on its caregiver*. New York: John Wiley & Sons; 1974.
14. Klaus MH e Kennel JH. *La relation madre-hijo*. Buenos Aires: Panamericana; 1978.
15. Freiberg S. *Clinical studies in infant mental health: the first year of health*. London: Tavistok

- Publications; 1980.
16. Levobici S. O bebê, a mãe e o psicanalista. Artes Médicas: Porto Alegre; 1987.
 17. Bick E. "Notes on infant observation in psychoanalytic training". *Int J Psychoanal* 1964;45.
 18. Klaus MH e Kennel JH. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *N Engl J Med* 1980;303:597-600.
 19. Aberastury A, Salas E (1978). A paternidade: um enfoque psicoanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984.
 20. De Chateau P, Wiberg B. Three year follow-up of early postpartum contact. In: Call J, editor. *Frontiers of infant psychiatry*. New York: Basic Books; 1983.
 21. Prechtl XFR, Bentema D. Neurological examination of the fullterm and newborn infant. London: Heinemann; 1964.
 22. Maldonado MTP. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Rio de Janeiro: Vozes; 1980.
 23. Minde KK, Marton P, Manning D, Hines B. Some determinants of mother-infant interaction in the premature nursery. *J Am Acad Child Psychiatry* 1980;19:1-21.
 24. Paukert S. Maternal-infant attachment in a traditional hospital setting. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1982;23-26.
 25. Perrota M, Carter C. The effect of neonatal complications in same-sexed premature twins on their mother's preference. *J Am Acad Child Psychiatry* 1982;21:446-52.
 26. Miller BD, Hollingsworth E, Sander LW. Assessment of infant-caregiver interaction using cardiac, respiratory, and behavioral monitoring: conceptual and technical issues in a new methodology. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;24:286-97.
 27. Osofsky JD. *Handbook of infant development*. New York: John Wiley & Sons; 1987.
 28. Stern D. *The first relationship: mother and infant*. Cambridge: Harvard University Press; 1977.
 29. Ainsworth MD. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. New Jersey: Erlbaum; 1978.
 30. Lidz T. *A pessoa: seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983.
 31. Sameroff AJ, Emde RN. *Relationship disturbances in early childhood*. New York: Basic Books; 1989.
 32. Prado LC. O bebê inaugura a família: a terapia de bebês. In: Prado LC. *Famílias e terapeutas – construindo caminhos*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
 33. Souza RP. *Nossos filhos – eterna preocupação*. Porto Alegre: Mercado Aberto; 1998.
 34. Zavaschi MLS, Iankilevich E, Recondo R, Rohde LA, Facca AG. Psicoterapia na infância. In: Cordioli AV. *Psicoterapia – abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p.376-400.
 35. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*/VI. 1997;33(2):2155-9.